

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**CUIDAR DO IDOSO QUE CUIDA:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Ana Filipa Simões Lopes da Silva

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**CUIDAR DO IDOSO QUE CUIDA:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Ana Filipa Simões Lopes da Silva


Orientador: Professora Maria Emília Brito

Co-Orientador:

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Não basta conquistar sabedoria, é preciso usá-la.” Cícero

À minha família que, simplesmente, é tudo para mim:

-Aos meus pais Maria e José, pelo seu amor incondicional, pela minha vida e por quem sou;

-À minha irmã Vanda, por quem é e por me ajudar a renascer nos momentos mais difíceis desta etapa;

-Aos pequenos seres que mais adoro, Beatriz, Afonso e Santiago;

- Aos meus avós que olham por mim, à minha avó Josefina, tia Emília e tio António;

- Aos amigos especiais, sabeis quem sóis.

À professora Emília, pela sua orientação, apoio, compreensão e humanidade ao longo deste percurso.

Às colegas de curso e amigas, Dora, Liliana e Magda, pelo companheirismo durante esta longa caminhada de trabalho, desesperança e desânimo mas também de aprendizagem, conquista e alegrias.

À equipa de enfermagem e multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar.

Às enfermeiras orientadoras, Dora e Andreia e restantes enfermeiros do serviço hospitalar e ECCI.

Às pessoas idosas e respetivas famílias que tive o privilégio de cuidar e que participaram neste trabalho.

RESUMO

Ao envelhecimento e crescente longevidade das pessoas idosas associa-se um maior risco de incapacidade funcional, necessitando da ajuda de um cuidador familiar para a realização das Atividades de Vida Diária.

Aquando o diagnóstico de situação numa Unidade de Saúde Familiar verifica-se que os cuidadores familiares são na sua maioria também idosos, pelo que apresentam necessidades específicas de cuidado. Cuidar do idoso que cuida é uma responsabilidade em particular para os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, pelo que urge priorizar uma intervenção de enfermagem dirigida a este.

Neste sentido, implementou-se um projeto com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos e implementar uma intervenção sistematizada da equipa de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário.

Usou-se uma metodologia de projeto, assumindo como referenciais teóricos para uma prática de cuidados centrada na pessoa idosa e família, o quadro conceitual de Collière e de Orem.

Desta forma, procedeu-se à: elaboração de um questionário para identificar as necessidades formativas; realização de formação; construção e desenvolvimento de um guião de orientação para a avaliação e intervenção ao cuidador idoso baseado na evidência científica; aplicação pela equipa de enfermagem da avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência na prática clínica; realização de auditorias e análise aos registos realizados; reflexão sobre as práticas em conjunto com a equipa de enfermagem.

A execução do projeto contribuiu para a sensibilização e reflexão da equipa acerca da problemática; uniformização dos registos de enfermagem; implementação e capacitação da equipa para a avaliação do cuidador idoso em 100%. Por limitação temporal não foram realizadas as intervenções de enfermagem individualizadas pela equipa de enfermagem. De forma geral, influenciou um processo de mudança e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como, promoverá o autocuidado e bem-estar do cuidador idoso e da pessoa idosa cuidada.

A avaliação do projeto traduz a promoção do desenvolvimento de competências nos diferentes domínios da prática especializada à pessoa idosa e família.

Palavras-chave: idoso, cuidador familiar idoso, família, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Aging and increasing longevity of the elderly is associated with an increased risk of disability, requiring the help of a caregiver to perform the Activities of Daily Living.

During the diagnostic situation in a Family Health Unit it is verified that family caregivers are mainly elderly as well, whereby presenting specific care needs. Caring for the elderly caregiver is a particular responsibility for nurses in primary health care, so it is urgent to prioritize a nursing intervention directed at them.

In this sense, a project has been implemented in order to develop skills in providing care to the elderly and his family in different contexts and implement a systematic intervention of the nursing team addressed to the elderly caregiver of the elderly with dependence in home care context.

A project methodology was used, taking as theoretical framework for a elderly person and his family-centered care, the conceptual framework of Collière and Orem.

Therefore, it was carried out a: preparation of a questionnaire to identify the training needs; education; construction and development of an orientation guide for the evaluation and intervention to elderly caregiver based on scientific evidence; application by the nursing team of the evaluation and nursing intervention to elderly caregivers of the elderly with dependence in clinical practice; audits and analysis of the nursing records; reflection on the practices jointly with the nursing team.

Implementation of the project contributed to awareness and reflection of the team about the problem; standardization of nursing records; implementation and team training to assess elderly caregiver. By temporal limitation were not realized individualized nursing interventions by the nursing team. In general, it influenced the process of change and improvement of the quality of nursing care, as well, it will promote self-care and welfare for the elderly caregiver and elderly cared.

The project assessment reflects the promotion of skills development in different areas of specialized practice to the elderly person and his family.

Keywords: Elderly, elderly family caregivers, family, nursing care.

LISTA DE ABEVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CADI - Índice para Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CAMI - Índice para Avaliação das formas como o Cuidador enfrenta as dificuldades

CASI - Índice para Avaliação das fontes de Satisfação do Cuidador

CI - Cuidador Idoso

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CF - Cuidador Familiar

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

FCA - *Family Caregiver Alliance*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MGF - Medicina Geral e Familiar

MS - Ministério da Saúde

NICHE - *Nurses Improving Care for Health system Elders*

OE - Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

| ÍNDICE | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO | 15 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 2.1 O processo de envelhecimento e a pessoa idosa com dependência | 19 |
| 2.2 O cuidador familiar da pessoa idosa com dependência | 20 |
| 2.2.1 Repercussões associadas ao cuidar | 22 |
| 2.2.2 Quando o cuidador é idoso | 23 |
| 2.3. Intervenção sistematizada de enfermagem ao cuidador idoso | 26 |
| 3. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 29 |
| 4. METODOLOGIA | 32 |
| 5. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 35 |
| 5.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto hospitalar e contexto de cuidados de saúde primários | 35 |
| 5.2 Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário | 45 |
| 5.2.1 Desenvolvimento de competências para cuidar o cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário | 46 |
| 5.2.2 Capacitação da equipa de enfermagem para cuidar o cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário | 52 |
| 5.2.3 Intervenção como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário | 59 |
| 5.3. Considerações éticas | 67 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS | 68 |
| BIBLIOGRAFIA | |

ANEXOS

Anexo I - Autorização para implementação do projeto pela Diretora Executiva do ACES

Anexo II - Autorização para utilização dos instrumentos para a avaliação do cuidador pelo Prof. Dr. Carlos Sequeira

APÊNDICES

Apêndice I - Diagnóstico de situação na USF

Apêndice II - Planeamento das atividades elaborado na fase de planeamento

Apêndice III - Sessão de apresentação do projeto à equipa da USF

Apêndice IV - Questionário de avaliação das necessidades de formação da equipa de enfermagem

Apêndice V - Análise das respostas dos questionários aplicados à equipa de enfermagem

Apêndice VI - Guião orientador de avaliação e intervenção ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência

Apêndice VII - Plano da sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice VIII - Sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice IX - Questionário de avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice X - Estudo de caso

Apêndice XI - Instrumento de colheita de dados para a avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência

Apêndice XII - Monitorização da utilização pela equipa de enfermagem da avaliação e intervenção ao cuidador idoso

Apêndice XIII - Apresentação e análise dos registos de enfermagem relativos à avaliação e intervenção ao cuidador idoso

INTRODUÇÃO

O envelhecimento constitui uma marca das sociedades ocidentais do século XXI. Em Portugal também se tem acentuado a tendência do envelhecimento demográfico da população uma vez que, no período de 10 anos (Censos 2001-2011), o índice de envelhecimento¹ da população agravou-se de 103 para 128, existindo 128 pessoas idosas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012).

Os progressos tecnológicos da Medicina, a melhoria das condições de vida e socioeconómicas proporcionaram o aumento da esperança média de vida à nascença dos 76,7 anos para os 79,8 anos. Estes fatores, em associação ao decréscimo da natalidade, vêm contribuir para o atual envelhecimento da população (Sequeira, 2010a; INE, 2012).

O processo de envelhecimento é universal em relação a todos os seres, sendo intrínseco ao organismo, progressivo e cumulativo, associa-se a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Cabete, 2005; Sequeira, 2010a).

O envelhecimento das pessoas e a sua crescente longevidade refletem-se no aumento da sua fragilidade². Esta, ao ser entendida como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face às dificuldades que vão surgindo e aos desafios próprios do ambiente onde está inserida, pode associar-se a uma maior suscetibilidade a doenças crónicas³, potencialmente incapacitantes e causadoras de dependência na realização das atividades de vida diária (AVD)⁴ (Caldas, 2003; Imaginário, 2004; Sequeira, 2010a; Araújo, 2010).

Nem todas as pessoas envelhecem da mesma forma, nem o envelhecimento é sinónimo de doença, porém, pode ser agravado ou acelerado por esta. Assim, deve distinguir-se o envelhecimento primário ou fisiológico, um processo natural, semelhante em todos os indivíduos, gradual e previsível, do envelhecimento

¹ Índice de envelhecimento: relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012).

² Fragilidade: essa condição é observada, comumente, em pessoas que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptação ao *stress* causado por doenças agudas, crónicas, hospitalização ou outras situações de risco (Caldas, 2003).

³ Doença crónica: doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, e que se repercute de forma negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Decreto-lei n.º 101/2006).

⁴ Atividades de vida diária: As AVD dividem-se em: atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades avançadas de vida diária (Caldas, 2003; Sequeira, 2010a). O conceito de AVD tem sido operacionalizado para ser avaliado em duas áreas: as ABVD e as AIVD (Lage, 2007).

secundário, que é imprevisível, sendo induzido ou agravado por um processo patológico, podendo deste resultar a dependência⁵ na pessoa (Cabete, 2005).

Alguns estudos constataam que as famílias portuguesas acolhem idosos com um elevado grau de dependência. Para além da tradição cultural portuguesa responsabilizar a família pelo cuidar da pessoa idosa com dependência para a satisfação das atividades de vida diária, também as políticas de saúde e sociais actuais recomendam privilegiar a manutenção da pessoa no seu domicílio (Figueiredo, 2007; Araújo, 2010; Sequeira, 2010a; Araújo, Paúl & Martins, 2011).

Esta realidade tem levado a uma maior consciencialização da importância da manutenção da qualidade de vida do idoso com dependência, para a qual o contributo dos cuidadores familiares é fundamental (Sequeira, 2010a).

Tendo em conta que cuidar de um idoso com dependência implica a exposição a consequências associadas à relação de prestação de cuidados, que se constata que a maior preocupação está voltada para o idoso com dependência e que a intervenção dos profissionais de saúde tendo como alvo os cuidadores ainda é pontual, o cuidador familiar (CF)⁶ deve emergir como foco de atenção (Figueiredo, 2007; Moreira & Caldas, 2007; Araújo, 2010 ; Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Sequeira, 2010a).

Do meu contexto de prática profissional surge este projeto uma vez que, aquando a realização do diagnóstico de situação em contexto domiciliário (Apêndice I), constato que 61,6% dos cuidadores familiares de pessoa idosa com algum grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)⁷ e/ou Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)⁸, têm idade igual ou superior a 65 anos. Este facto conduziu-me ao cuidador familiar idoso como problemática a estudar.

⁵ Dependência: “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-lei n.º 101/2006, p. 3857). Incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, por se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p. 5).

⁶ Cuidador familiar: refere-se a qualquer familiar, parceiro, amigo ou vizinho que mantém uma relação pessoal significativa e fornece assistência à pessoa idosa ou ao adulto com doença crónica ou incapacitante. Podem ser cuidadores primários ou secundários e viver com ou separadamente da pessoa à qual prestam cuidados (*Family Caregiver Alliance*, 2006a).

⁷ AIVD: “são constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.” (Sequeira, 2010, pág. 53).

⁸ ABVD: “são definidas como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo atividades como: comer, uso da casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010a, pág. 46).

Na atualidade, o aumento da esperança de vida, associado a um conjunto de modificações sociais e familiares leva, por um lado, à menor disponibilidade de membros da família para assumir o papel de cuidador e, por outro, a que os cuidadores sejam também idosos no momento de cuidar. Assim, verifica-se que emerge como uma recente realidade, a geração de cuidadores familiares idosos, muitas vezes com limitações várias decorrentes do processo de envelhecimento (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Ribeiro, Paúl & Nogueira, 2007; Ekwall & Hallberg, 2007; Braz & Ciosak, 2009; Sequeira, 2010a; Araújo, 2010).

Uma vez que esta situação tende a ser cada vez mais frequente, num futuro próximo, ganhará contornos que não irão passar despercebidos, pelo que se vislumbram novas oportunidades de cuidados de saúde (McGarry & Arthur, 2001; Braz & Ciosak, 2009; Araújo, 2010; Botelho, 2011).

Desta forma, cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação em particular para os enfermeiros pois têm um papel fundamental no cuidado à pessoa idosa, principalmente quando em contexto de cuidados de saúde primários (CSP), que incluem a visita domiciliária (VD) (Araújo, 2010; Carvalhais, 2010). No contexto dos cuidados de proximidade os enfermeiros detêm uma posição privilegiada para estimular, nas pessoas idosas, os cuidados de manutenção de vida, mobilizar as suas capacidades e o seu potencial de vida no domicílio. Além disso, também para promover o bem-estar, autocuidado e a qualidade de vida do cuidador e pessoa idosa cuidada. Nesta temática, sendo estes princípios relevantes para a orientação de uma prática de cuidados de enfermagem centrada na pessoa e família, utilizou-se como referência para a execução deste projeto a abordagem antropológica de Collière e o quadro concetual do autocuidado de Orem.

No âmbito do plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a oportunidade de desenvolver esta problemática, a qual considero relevante a nível pessoal e profissional, além de se revelar como uma realidade no contexto específico de implementação do projeto e tendencialmente cada vez mais atual.

Tendo por base os níveis de desenvolvimento de competência clínica e de apreciação da situação definidos por Benner (2001), relativamente ao cuidado à

pessoa idosa e família e analisando os meus seis anos de experiência enquanto enfermeiro de cuidados gerais numa Unidade de Saúde Familiar (USF), considerava encontrar-me no estado competente.

Desta forma, pretendi com a implementação deste projeto o desenvolvimento de competências⁹ de mestre e de especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010; Decreto-Lei (DL) n.º 74/2006). E, em específico, no cuidado ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência, desenvolvendo intervenções de enfermagem sistematizadas e suportadas pela evidência científica, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde para a pessoa idosa e família.

Neste sentido, a implementação deste projeto teve como objetivos gerais:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos;
- Implementar uma intervenção sistematizada de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário.

Este projeto assentou numa metodologia de projeto, considerando-a como ajustada e exequível pois, ao basear-se numa investigação centrada num problema real identificado no contexto e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, constitui-se como promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Com o presente relatório pretendo apresentar de forma crítica o percurso realizado durante a implementação do projeto de intervenção “Cuidar do idoso que cuida”, a qual foi realizada através do estágio que decorreu de 29 de Setembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015, em diversos contextos. Inicialmente foi desenvolvido um estágio de 4 semanas em contexto hospitalar depois, em contexto de cuidados de saúde primários, um estágio de 2 semanas numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e outro de 12 semanas na USF na qual exerço funções.

⁹ “um profissional que age com competência (...) ativa três dimensões da competência (...): primeiro, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores” (Le Boterf, 2006, pag.60).

Este relatório encontra-se estruturado nas seguintes partes: a primeira é constituída pela apresentação do diagnóstico de situação e a justificação da problemática; segue-se o enquadramento teórico, abordando a temática do envelhecimento e da pessoa idosa com dependência, do cuidador familiar e quais as repercussões do cuidar, além da especificidade do cuidador que é idoso, evidenciando em seguida, qual o papel e intervenção do enfermeiro neste âmbito; subsequentemente descreve-se a metodologia utilizada para a concretização dos objetivos definidos, apresentando-se as atividades realizadas e os resultados obtidos, refletindo acerca das competências adquiridas ao longo do estágio. Finalmente procede-se a algumas considerações finais, referentes às implicações do projeto para a prática clínica.

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No ponto de partida desta etapa estiveram presentes inquietações pessoais e profissionais. Ao longo da prática clínica em CSP, aquando a realização de VD's deparava-me com muitas pessoas idosas com dependência nas ABVD/AIVD. Esta realidade sempre me despertou a atenção por, ao nível pessoal ter um familiar com elevado grau de dependência e, enquanto enfermeira, percecionar uma necessidade individual de aprofundar competências para intervir de forma adequada na promoção do autocuidado ao idoso com dependência e sua família.

De forma a delimitar o problema que pretendia aprofundar, procedi a uma revisão inicial da literatura para conhecer o estado de arte sobre o assunto supracitado. No decurso desta, vários autores referiam que o foco de atenção da equipa de enfermagem está tendencialmente direcionado para a pessoa com dependência, descurando o cuidador (Figueiredo, 2007; Moreira & Caldas, 2007; Araújo, 2010; Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Sequeira, 2010a).

Por vezes os problemas são descobertos aquando simples observações ou sugeridos pela leitura de trabalhos de investigação (Fortin, Côté & Fillion, 2009). E, de facto, a literatura científica encaminhava-me para um rumo diferente do originalmente pensado. Em consequência disso, a orientação da pesquisa foi modificada (Fortin, Côté & Fillion, 2009) para a temática do cuidador familiar.

Tendo em conta este resultado, pretendeu-se desde logo conhecer a realidade existente no meu contexto de prática clínica. A primeira etapa da metodologia de projeto concretizou-se no diagnóstico de situação, que deve corresponder à identificação do problema existente no seio da população aquando da prestação de cuidados e, posteriormente, às necessidades de saúde desta, as quais se classificam em necessidades reais quando determinadas pelos profissionais (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2007).

Deste modo, passo a descrever o diagnóstico de situação realizado na USF onde exerço funções, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Apêndice I).

Segundo o Censos de 2011, o concelho de Lisboa apresenta um índice de envelhecimento de 185,8, representando um valor superior ao nacional. A freguesia do concelho de Lisboa na qual a USF se localiza, apresenta um total de 38 102 habitantes, correspondendo a 7% da população residente na cidade de Lisboa. Da população residente total, 7 125 habitantes têm idade \geq a 65 anos (18,7%), dos quais, 3 496 indivíduos vivem sós ou com pessoas do mesmo grupo etário (9,2%).

De acordo com os dados do sistema de informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), disponibilizados pela unidade de apoio à gestão do ACES correspondente, a 30/4/2014, a USF tinha 12 810 utentes inscritos, dos quais, 16,75% eram pessoas idosas. Quanto ao índice de envelhecimento, apresentava um valor de 94,42 a 31/12/2013. Este valor, sendo largamente inferior ao que se verifica relativamente ao concelho de Lisboa e de Portugal, é justificável pela existência de uma grande percentagem de população jovem e ativa na freguesia.

Considera-se também como facto importante que, segundo dados estatísticos retirados do programa informático da USF, das 1 801 VD's realizadas pela equipa de enfermagem no ano de 2013, 1 495 (83%), tiveram como sujeitos de cuidados pessoas com idade \geq a 65 anos.

Para se avaliar o grau de dependência da pessoa utiliza-se a avaliação funcional, sendo esta avaliação uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados ao idoso com dependência uma vez que se tem demonstrado como um indicador sensível e relevante para a planificação de cuidados de saúde, ao permitir avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos (Caldas, 2003; Sequeira, 2010a; Araújo, 2010). Assim, para avaliar o grau de dependência nas AIVD e ABVD utilizaram-se como instrumentos de avaliação o Índice de Lawton e o Índice de Barthel, validados para a população portuguesa por Sequeira (2007).

Desta forma, além da avaliação funcional da pessoa idosa a quem se dirigia a VD, procurou-se realizar a caracterização sociodemográfica do seu CF, quando existente.

Nessa fase, durante o período temporal de uma semana, de 25 a 30 de Maio de 2014, aquando a VD de enfermagem e mediante a colaboração de todos os elementos da equipa de enfermagem, aplicaram-se os instrumentos de colheita de dados. Optou-se por uma entrevista semiestruturada ao CF baseada num

questionário elaborado para o efeito e, os instrumentos de avaliação referidos, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel.

De acordo com os resultados das VD's realizadas, 85,8% objetivavam a prestação de cuidados continuados de enfermagem. Quanto ao pedido inicial de VD de enfermagem, este foi realizado maioritariamente pelos familiares (57,2%). Estes pedidos foram dirigidos ao médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) em 57,2% dos casos e ao enfermeiro em 42,8%. Neste último caso, denotou-se que o contato direto com o enfermeiro prendia-se com uma relação de cuidados pré-estabelecida, pelo facto de anteriormente já terem necessitado de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Verificou-se que o motivo principal que aciona a VD são os procedimentos técnicos de enfermagem: tratamentos de feridas (78,4%), administração de injetáveis (7,2%) e realgalias (7,2%).

Relativamente ao total de 15 idosos avaliados, 93,4% têm idade \geq a 75anos, sendo 53,3% do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino. A maioria dos idosos é casada (80%), residindo com o seu cônjuge (60%).

No que concerne à realização das AIVD, apesar de 20% serem avaliados como independentes na sua realização, 20% apresentam-se moderadamente dependentes e a maioria (60%) severamente dependentes. Nas ABVD, 20% são independentes, 40% são ligeiramente/moderadamente dependentes e os restantes 40% encontram-se severamente/totalmente dependentes de alguém para a realização das suas atividades.

A maioria da população idosa (80%) apresenta algum grau de dependência há mais de um ano. Destes, 46,7% entre 1 a 3 anos e 33,3% há mais de 6 anos. Resumindo, apesar de 2 idosos (13,3%) serem independentes na realização das AIVD/ABVD, os restantes 13 idosos (86,7%) apresentam algum nível de dependência nestas, confirmando a necessidade de terem um CF (100%).

No que diz respeito ao CF, constata-se que 61,6% têm idade \geq a 65 anos, pelo que a maioria são também pessoas idosas.

A maior parte apresenta-se como cônjuge (53,9%) e 23% são filhos. Pelos dados referidos, 77% residem com o idoso com dependência e 69,2% são do sexo feminino.

Assumem o papel de CF desde há 1 a 3 anos 53,9% e 38,4% há mais de 6 anos. Aliado a este facto, 30,8% dos CF's têm outras pessoas a cargo.

Todos os CF's afirmam cuidar do familiar 7 dias por semana e no que respeita à distribuição do número de horas que cuidam por dia, 61,5% responde entre 0 a 4 horas e 3,5% assegura fazê-lo durante as 24 horas do dia. Quando têm necessidade, 76,9% têm o apoio de um cuidador familiar secundário¹⁰, contudo, 23,1% não nomeiam ninguém significativo a quem recorrer.

A maioria (53,8%), para além dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros e médicos de MGF da USF, atesta não ter outro tipo de suporte formal. 23% referem ter suporte social das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ao nível de cuidados de higiene e conforto prestados pelas ajudantes familiares e 15,4% optaram por contratar uma empregada doméstica durante algumas horas.

Uma vez que a metodologia de projeto acarreta um plano de trabalho de grupo que leva à resolução de um problema que deve ser alvo de preocupação para todos os membros que o vão ajudar a desenvolver (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), conversei com os enfermeiros acerca desta preocupação e da necessidade que emergiu deste diagnóstico de situação, relativa à indispensabilidade de uma intervenção de enfermagem dirigida ao cuidador idoso. O retorno obtido foi favorável e encorajador.

O capítulo que se segue apresenta o enquadramento teórico, resultante da revisão da literatura¹¹ realizada no que respeita à temática em estudo, por forma a reunir uma base científica que servisse de sustentação sólida e validada para a componente prática do desenvolvimento do projeto.

Para a realização da revisão da literatura partiu-se da questão de partida: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o cuidado (I) ao cuidador familiar idoso da pessoa idosa com dependência (P) em contexto domiciliário (Co)?

¹⁰ Cuidador secundário: “alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar (...) habitualmente (...) dão apoio ao cuidador principal” (Sequeira, 2010a, p.157).

¹¹ Com base numa pesquisa na base de dados EbscoHost (CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*), BVS, NICE, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Internet, Centro de Documentação ESEL (livros e periódicos); usando os descritores: elder*, nurs*, caregiv* e home car*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O processo de envelhecimento e a pessoa idosa com dependência

Envelhecer representa um processo complexo, progressivo e multifatorial no qual a heterogeneidade de resultados possíveis nas diversas dimensões influenciará a qualidade de vida¹² do idoso (Imaginário, 2004; Araújo, Paúl & Martins, 2011).

Com o aumento da longevidade da pessoa há uma maior probabilidade de deterioração de alguns sistemas funcionais e estruturais do organismo. Este processo é designado de senescência¹³, o qual pode colocar o idoso numa situação de maior fragilidade, sendo esta vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente (Caldas, 2003; Araújo, 2010).

Uma maior fragilidade pode influenciar uma perda progressiva, parcial ou total, de funcionalidade¹⁴ à qual se podem associar diferentes níveis de incapacidade¹⁵, com a consequente deterioração das capacidades no desempenho das AIVD/ABVD, essenciais ao autocuidado e à manutenção da independência¹⁶ no seu meio habitual. Assim, a dependência surge como resultado de uma limitação da pessoa na sua funcionalidade e habilidade em realizar as AIVD/ABVD, necessitando de ajuda de outra pessoa (Imaginário, 2004; Sequeira, 2010a; Araújo, 2010). Desta forma, neste trabalho, a dependência do idoso expressar-se-á na necessidade de ajuda de outras pessoas para a realização das AIVD/ABVD, referindo-se o grau de dependência ao grau da incapacidade que possui para cuidar de si próprio no contexto no qual está inserido.

Geralmente, a dependência tem uma multiplicidade de causas, destacando-se os fatores físicos (doenças crónicas, problemas de mobilidade), psicológicos (alterações cognitivas) e contextuais (ambiente físico, atitudes e comportamento das

¹² Qualidade de vida: é uma percepção individual relativamente a diversas dimensões: i) a física: sintomas físicos; ii) a funcional: capacidade da pessoa para o autocuidado, mobilidade e tarefas familiares; iii) a psicológica: função cognitiva, emocional, percepção global de saúde e iv) a social: interação da pessoa com o seu ambiente (Sequeira, 2010a).

¹³ Senescência: “conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento” (Sequeira, 2010, p. 19). Este processo coloca a pessoa numa situação de maior vulnerabilidade à doença sendo comum a manifestação de doenças crónicas que, geralmente, contribuem de forma significativa para a incapacidade e dependência da pessoa (Araújo, 2010).

¹⁴ Funcionalidade: “é um termo genérico (“chapéu”) para as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (Organização Mundial de Saúde, 2004, p. 186).

¹⁵ Incapacidade: “é um termo genérico (“chapéu”) para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (Organização Mundial de Saúde, 2004, p. 186).

¹⁶ Independência: relacionada com a capacidade de desempenho da pessoa nas suas actividades de vida diária e do autocuidado (Sequeira, 2007).

peças que rodeiam o idoso) (Imaginário, 2004; Figueiredo, 2007). Além do mais, pode ser percebida como um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar, quer aumentando ou reduzindo pois, se as condições clínicas do idoso forem favoráveis, existindo o ambiente e a assistência adequada, o seu grau de dependência pode ser reduzido ou até atingir a independência (Araújo 2010).

Este fenómeno, tendo um impacto significativo na saúde e qualidade de vida do idoso e conduzindo inevitavelmente a uma maior necessidade de cuidados formais e informais representa, na atualidade, um problema complexo com implicações sociais, económicas e políticas (Sequeira, 2010a; Araújo, 2010).

2.2 O cuidador familiar da pessoa idosa com dependência

A tomada de consciência a nível internacional, dos riscos para o bem-estar da humanidade que podem resultar da longevidade, resultou na elaboração de princípios orientadores de uma política a nível mundial para a idade avançada. Na 2.^a assembleia mundial sobre o envelhecimento, que teve lugar em Madrid em 2002, formularam-se novas recomendações, as quais Portugal adapta ao seu contexto (Organização das Nações Unidas, 2002). Desta forma, foi elaborado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual preconiza a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2004).

O contexto familiar sempre foi declarado como o local fundamental para a promoção e manutenção da independência, saúde e dignidade dos familiares idosos, além do contexto preferencial para prestar cuidados às pessoas idosas Sequeira (2010a).

De facto, na tradição cultural portuguesa a família tem assumido o papel de cuidar da pessoa idosa incapaz de satisfazer as exigências de autocuidado e constata-se que as famílias portuguesas organizam-se dentro das suas possibilidades e recursos que dispõem, para acolher o idoso com dependência (Figueiredo, 2007; Araújo, 2010; Sequeira, 2010a; Araújo, Paúl & Martins, 2011).

Assim sendo, numa sociedade em que tendencialmente se verifica um aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, evidencia-se que a família

deve emergir também como foco de atenção enquanto agente prestador de cuidados (Araújo, 2010; Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

O conceito de família¹⁷ tem evoluído ao longo do tempo, refletindo as suas modificações contemporâneas. Neste trabalho optou-se por definir que a família “é quem os seus membros dizem ser” (Wright & Leahey, 2002, pág. 40).

No contexto familiar, no qual se inserem os cuidados prestados no domicílio, habitualmente existe um elemento a quem é depositada a responsabilidade de orientar, supervisionar, acompanhar e cuidar da pessoa idosa com dependência. Na atualidade, a pessoa que assume este papel é definida como o cuidador familiar (Lage, 2007; *Family Caregiver Alliance* (FCA), 2006a; Sequeira 2010a). Além de não auferir qualquer remuneração, uma vez que esta função não é legalmente reconhecida, poucas medidas políticas e sociais se têm adotado para a assunção deste papel com maior qualidade de vida para quem cuida e quem é cuidado (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010a).

A escolha do CF relaciona-se com a história pessoal, bem como nos contextos familiar, social e cultural onde está inserido (Sequeira, 2010a). Assim, os motivos subjacentes à aceitação deste papel agrupam-se em diferentes categorias: i) o dever social e moral, no qual se incluem sentimentos de obrigação, reciprocidade, gratidão e solidariedade; ii) o afeto, amor e compaixão sentidos pelo idoso; iii) uma razão económica/financeira, a insuficiente oferta de respostas institucionais; iv) a recusa em institucionalizar a pessoa idosa, por imposição familiar e do idoso, entendida como incapacidade familiar na tarefa de cuidar ou, associada à componente cultural de responsabilização da família pela manutenção da pessoa no seu domicílio (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Figueiredo, 2007; Braz & Ciosak, 2009).

A literatura retrata que este papel recai habitualmente no membro da família que é do sexo feminino. Contudo, o homem começa também a assumi-lo, surgindo uma realidade e visão diferente de cuidado (Ducharme, Lévesque, Lachance, Zarit, Vézina, Gangbè & Caron, 2005; Ribeiro, Paúl & Nogueira, 2007; Pinto, 2008; Botelho, 2011).

¹⁷ Família: “refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos” (Hanson, 2005, p. 6). “Grupo: Unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (OE, 2014, p. 120).

Deter o papel de CF implica prestar cuidados desempenhando atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro e social e de assistência nas AIVD/ABVD. A tipologia dos cuidados (orientação, vigilância, ajuda, apoio e substituição), a sua duração, frequência e intensidade irá depender das necessidades individuais do idoso com dependência (Sequeira, 2010a).

Desta forma, os CF podem apresentar diversas necessidades decorrentes de fatores como: o tipo e o grau de dependência do idoso; a existência ou não de um cuidador secundário; a utilização e acesso a serviços de apoio; poder económico, participação no mercado de trabalho e o estado de saúde do cuidador (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Costa, 2012).

Embora possam mudar ao longo do tempo, a literatura evidencia que, de um modo geral, as maiores necessidades/dificuldades do CF são: i) apoio profissional multidisciplinar no domicílio; ii) apoio financeiro, social e de ajudas técnicas; iii) comunicação eficaz, apoio emocional e aconselhamento, iv) tempo livre para cuidar de si; v) informação sobre recursos materiais, financeiros e humanos; vi) conhecimento e treino acerca da prática de cuidados e da situação de doença da pessoa cuidada (Imaginário, 2004; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010; Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas, 2013).

2.2.1 Repercussões associadas ao cuidar

As dificuldades vivenciadas envolvem um conjunto de variáveis que são potencialmente responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidado (Sequeira, 2010a).

Por um lado, cuidar de alguém pode representar repercussões positivas. Muitos CF consideram ser um ato de amor, emocionalmente gratificante. Muitas vezes também proporciona um sentido de vida e um enriquecimento pessoal, o desenvolvimento de novas competências, além de uma retribuição de carinho e reconhecimento por parte de outras pessoas (Brito, 2000; Lage, 2007, Araújo, 2010).

Mas, por outro lado, proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode representar uma experiência física e psicologicamente esgotante, acarretando repercussões negativas sobre a saúde física, bem-estar psicossocial e qualidade de vida do CF. Assim, fica mais exposto a doenças físicas e a estados emocionais negativos tais como: cefaleias, dores musculares, cansaço físico e psicológico, maior

risco de morbilidade, alterações do sono, tristeza, irritabilidade, ansiedade, depressão e *stress*. Também a problemas financeiros e sociais também, tais como limitação do tempo livre e lazer. Desta forma, os CF evidenciam pior perceção da sua saúde física e mental e, muitas vezes, sem perceber, sofrem de sobrecarga, esquecendo-se que são pessoas que também necessitam de cuidados (Lage, 2007; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010a; Vieira, Alvarez & Girondi, 2011).

Os efeitos negativos da tarefa de cuidar no bem-estar do CF têm então sido concetualizados em termos de sobrecarga. Uma vez que está associada a uma deterioração da qualidade de vida e a uma maior morbilidade do CF, a sua caracterização é fundamental. A sobrecarga perspectiva-se de acordo com: i) a dimensão objetiva, relacionada com a exigência e impacto da prestação de cuidados nas várias dimensões da vida do CF (familiar, social, económica, profissional) e ii) a dimensão subjetiva, a qual resulta das atitudes e respostas emocionais do CF à tarefa de cuidar (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010a).

De forma sucinta, verifica-se que o contexto do cuidar é complexo e na relação de prestação de cuidados quatro variáveis podem interagir mutuamente: i) contexto do idoso com dependência, que se relaciona com a sua necessidade de cuidados; ii) contexto do cuidador, que se relaciona com a sua capacidade para cuidar; iii) contexto da prestação de cuidados, que se relaciona com variáveis que se constituem essencialmente como mediadoras, que são as dificuldades que o cuidador revela e as estratégias de *coping* que utiliza pois influenciarão o exercício do papel de CF de forma positiva ou negativa e iv) contexto dos resultados, que se relaciona com as repercussões associadas ao cuidar, as quais se podem dividir em variáveis positivas (satisfação/bem-estar) e negativas como (sobrecarga/*stress*), como acima abordado (Sequeira, 2010a).

2.2.2. Quando o cuidador é idoso

O aumento da esperança de vida, associado a um conjunto de modificações sociais repercute-se ao nível do contexto familiar e social atual. A expansão das mulheres no mercado de trabalho, o aumento dos divórcios e das famílias reconstituídas, a diminuição do agregado familiar, a verticalização das famílias e a subsequente complexificação nas ligações familiares comprometem a disponibilidade de membros da família para assegurar os cuidados de que os idosos

carecem e a assunção do papel de CF. Estes fatores vêm produzir transformações na figura dos CF. Uma vez que as famílias que acolhem idosos com dependência posicionam-se nas últimas etapas do ciclo vital da família, leva a que os cuidadores típicos (filhos e cônjuges) sejam também idosos no momento de cuidar (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Araújo, 2010). Desta forma, emerge como uma recente realidade, a geração de cuidadores familiares idosos, doravante neste trabalho nomeado como cuidador idoso (CI) (Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Ducharme *et al*, 2005; Ribeiro, Paúl & Nogueira, 2007; Moreira & Caldas, 2007; Ekwall & Hallberg, 2007; Braz & Ciosak, 2009; Araújo, 2010).

A responsabilidade de cuidar de um familiar idoso, contrariamente ao caso de crianças ou jovens doentes, não constitui em si um verdadeiro projeto de vida (Figueiredo, 2007). A relação entre o CI e o idoso é alimentada pela vivência comum das duas pessoas e pelas histórias individuais, pelo que, a relação de dependência implica uma nova percepção de si e do outro e para os restantes elementos da família. Se o cuidador for o cônjuge, essa relação poderá assumir contornos menos embaraçosos, pois será redefinida a partir de uma relação de intimidade previamente existente, enquanto que, para os filhos, essa relação terá de ser construída (Figueiredo, 2007).

Alguns estudos apontam que quando o idoso é casado, habitualmente quem assume o papel de cuidador é o cônjuge, também ele idoso (Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Braz & Ciosak, 2009; Sousa, 2011; Botelho, 2011). Nestes casos, é necessário ter em conta a tristeza e/ou sofrimento relacionado com a perda de trocas recíprocas enquanto parceiros de vida, representando uma grande mudança na sua vida enquanto casal (Ducharme *et al*, 2005). Como referido, cada vez mais homens assumem o papel de CI e, segundo estudos realizados, havendo diferenças entre os CF relacionadas com o seu sexo, devem-se desenvolver intervenções de enfermagem sensíveis à experiência de cuidar do CI masculino (Ducharme *et al*, 2005; Ribeiro, Paúl & Nogueira, 2007; Ekwall & Hallberg, 2007; Pinto, 2008; Botelho 2011).

O estágio do ciclo vital da família, o contexto, atitudes e crenças familiares e as redes de apoio são fatores que também interferem no cuidado.

O facto da família se encontrar nas últimas etapas do ciclo vital familiar, acrescido à situação de dependência, implica que a dinâmica familiar sofra alterações,

exigindo reajustamentos e mudanças nas relações de poder, dependência e intimidade. Desta forma, exige que os idosos aprendam a gerir uma diversidade de perdas, podendo vivenciar lutos antecipatórios tais como: a morte do cônjuge, familiares ou amigos, incluindo a preparação para a própria morte; lidar com perdas de prestígio e poder e o enfrentar de desafios importantes de adaptação, no qual a doença e dependência irão requerer o apoio familiar, a sua reorientação e reorganização (Hanson, 2005; McGoldrick & Carter, 2008).

Em acréscimo, as situações temporárias ou progressivas de dependência, poderão constituir um maior obstáculo à manutenção de contactos sociais. Quanto à rede social, o envelhecimento pode ser sinónimo de restrição de contactos devido a barreiras que dificultam as relações, tais como, as perdas relacionais (morte de amigos); a vulnerabilidade pessoal (deterioração da saúde física, alteração do estado psicológico, mudança de necessidades e prioridades); barreiras ambientais e contextuais (alteração do estatuto económico e estereótipos sociais); *stress* e conflito nas relações pessoais e sociais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Ademais, o CI defronta-se com o seu próprio envelhecimento e com as alterações decorrentes desse processo, fragilizando-o e tornando-o vulnerável a processos de doença e maior dificuldade na recuperação da saúde (Pinto, 2008). No estudo de Rodrigues, Watanabe & Derntl (2005), os CI passaram a apresentar maior índice de cansaço, *stress*, preocupação e diminuição de autoestima. Além do mais, tinham algumas doenças crónicas associadas à incapacidade funcional para realização de algumas AVD's. Assim, o CI pode ter cada vez mais dificuldade para cuidar de si mesmo e do outro, pelo que se torna importantíssimo considerar as mudanças pelas quais o próprio CI passa e a possibilidade deste apresentar um estado de saúde muitas vezes semelhante ao de quem cuida. Lage (2007), conclui que quanto mais velhos são o CI's menor é o vigor, maior é a depressão, a fadiga e a percepção da confusão. Os CI's apresentam ainda, pior percepção da saúde e da qualidade de vida.

Outros autores referem que o CI possivelmente convive com o isolamento, solidão e a sobrecarga de funções, tendo que estar disponível vinte e quatro horas por dia algumas vezes. Este pode utilizar o papel de cuidador e o foco na doença do outro para relegar para segundo plano a sua própria vulnerabilidade, ansiedade ou o desejo de ser cuidado, pelo que dispensa mais tempo, atenção e cuidados ao

familiar do que a si próprio. Mesmo em detrimento da sua qualidade de vida, procura apoiar quem cuida, descurando-se a si próprio e negligenciando as suas necessidades, pelo que o intitulam de “vítima oculta” (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Braz & Ciosak, 2009).

Atualmente a maior preocupação está voltada para o idoso com dependência e pouca visibilidade tem sido dada à situação específica do CI. Esta situação, sendo cada vez mais frequente, num futuro próximo, ganhará contornos que não irão passar despercebidos, pelo que se vislumbram novas oportunidades de cuidados de saúde (McGarry & Arthur, 2001; Braz, Ciosak, 2009; Araújo, 2010; Botelho, 2011).

2.3. Intervenção sistematizada de enfermagem ao cuidador idoso

O CI deve ser considerado como uma pessoa com vivências e necessidades específicas de cuidado à qual urge priorizar uma intervenção de enfermagem, desenvolvendo estratégias de suporte no desempenho do seu papel, por forma a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado (McGarry & Arthur, 2001; Moreira & Caldas, 2007; Pinto, 2008; Braz & Ciosak, 2009).

Estudos de investigação sugerem que a intervenção do enfermeiro deverá incidir na:

I) Implementação de um programa de assistência dirigido aos CI's (orientações como cuidar, manter e promover a sua própria saúde); criação de uma consulta de enfermagem para o seu acompanhamento; realização de visitas domiciliárias pois mostram-se mais disponíveis para intervenções a nível individual no seu domicílio (Faison, Faria & Frank, 2000; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Botelho, 2011);

II) Avaliação do cuidador familiar, a qual se refere a um processo sistemático de colheita de informação que descreve uma situação de cuidados e identifica as particularidades, necessidades, recursos e forças do CF. Aborda questões a partir da sua perspetiva e cultura, concentrando-se no tipo de assistência que pode precisar e nos resultados que deseja, para o seu apoio e manutenção da sua saúde e bem-estar (FCA, 2006a, 2006b; Messecar, 2012).

A avaliação sistemática das necessidades do CF tem merecido pouca atenção por parte dos profissionais, comprometendo o apoio adequado pela inexistência de

uma compreensão holística dos seus problemas (Figueiredo, 2007). Esta deve ser individualizada, baseada numa abordagem multidimensional, tendo em conta a natureza dinâmica e contextual da situação de prestação de cuidados, possibilitando a determinação da intervenção adequada ao CF, nas suas circunstâncias particulares e mediante utilização de instrumentos de avaliação adequados (Nolan *et al*, 1996 citado por Brito, 2000):

- Diversos são os domínios que devem ser avaliados: o contexto e recursos do CF; a perceção do CF acerca do estado de saúde e estado funcional da pessoa idosa; a preparação do CF para a prestação dos cuidados; estado de saúde física e mental do CF; recompensas ou consequências da prestação de cuidados (FCA, 2006a, 2006b; Messecar, 2012);
- O processo de avaliação deve ser realizado mediante VD pois permite ao profissional compreender o ambiente em contexto familiar, além disso, a VD é uma estratégia a valorizar ao longo de todo o processo de cuidados (FCA, 2006a, 2006b; Messecar, 2012);
- Os questionários usados para a avaliação da perceção dos CF acerca dos diversos aspetos da sua situação poderão constituir um útil conjunto de instrumentos para os profissionais de saúde poderem avaliar e intervir de forma mais específica (Brito, 2000). Salientam-se os instrumentos que existem em termos de dificuldades, de estratégias de *coping* a utilizar, de satisfação e de sobrecarga, os quais se revelam com interesse para a prática clínica, quer no diagnóstico/avaliação da sobrecarga, quer na monitorização/avaliação de programas de apoio ao CF (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013);

III) Esta avaliação fornecerá uma base para o enfermeiro, em parceria¹⁸ com o CF, determinar quais as intervenções específicas para as necessidades e dificuldades individuais do CF, devendo ter em atenção as estratégias de *coping* que utiliza com eficácia, de modo a promover a satisfação e a prevenir ou diminuir a sobrecarga associada ao ato de cuidar, proporcionando um plano de cuidados individualizado e holístico (Ekwall & Hallberg, 2007; Araújo, 2010; Sequeira, 2010a);

¹⁸ Parceria: nos cuidados de enfermagem caracteriza-se como a construção de uma ação conjunta que promova o cuidado de Si ou que tem como objetivo assegurar o cuidado do Outro, centralizando a atenção na partilha dos significados da experiência da pessoa no que ao seu projeto de saúde e de vida diz respeito, tendo em conta o poder que possui, os seus desejos, necessidades, preocupações, necessidades de informação e cuidado (Gomes, 2009).

IV) Para efetuar uma avaliação adequada os profissionais devem deter as competências necessárias. Desta forma, devem receber formação, supervisão e *feedback* acerca de como usar instrumentos de avaliação específicos, como interpretar as informações recolhidas e como trabalhar com o CF e família para desenvolver um plano de cuidados (FCA, 2006a, 2006b; Messecar, 2012);

V) É necessário implementar uma resposta organizada da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, de forma a realizar intervenções sistemáticas e articuladas entre os diferentes agentes formais e informais (Sequeira, 2010a).

Em suma, sabendo que o facto de cuidar exerce diferentes repercussões sobre os cuidadores, devem-se organizar respostas adequadas às necessidades do CI da pessoa idosa com dependência, centradas na sua avaliação e que permitam, pelo uso de instrumentos de medida, a sua objetividade e uma linguagem comum entre os profissionais de saúde. Esta avaliação quando implementada, ao detetar as necessidades individuais, orientará as intervenções de enfermagem no sentido de promover o cuidado do cuidador idoso e da pessoa idosa com dependência.

3. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No domínio do cuidar do idoso que cuida, para que os resultados esperados se manifestem na satisfação, sensação de bem-estar, envolvimento da pessoa no cuidado e criação de um ambiente terapêutico, torna-se imprescindível uma prática de cuidados de enfermagem centrada na pessoa e família, focalizada em diversos pré-requisitos¹⁹ (McCormack & McCane, 2006). Também o cuidado familiar pressupõe um planeamento, execução e avaliação dos cuidados, baseados na parceria entre a pessoa, família e profissionais de saúde. Este deverá pautar-se pelo respeito pelos valores e decisões da família e pela partilha de informação, de modo a desenvolver uma relação de confiança e a promover a participação, colaboração e capacitação no cuidado ao idoso (Green, 2008).

Segundo Collière (1999, p. 235), “*Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar (...)*”. Cuidar é assim um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é também, um ato de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais, garantindo a manutenção da sua própria vida.

Desta forma, segundo a mesma autora (1999), o campo da competência de enfermagem fundamenta-se nos cuidados quotidianos, ligados às funções de manutenção e continuidade de vida e também nos cuidados de reparação ou tratamento da doença, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. Assim, situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, família e dos que a cercam, com vista a fazer face aos acontecimentos e suas doenças, compensar as limitações que destas resultam, resolver as dificuldades encontradas, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe. O processo de cuidados de enfermagem visará a identificação das necessidades ou problemas de saúde,

¹⁹Pré-requisitos: nos atributos do enfermeiro - ser competente profissionalmente, ter habilidades interpessoais desenvolvidas, querer prestar o melhor cuidado à pessoa, demonstrar clareza de crenças e valores e conhecimento de si próprio; no ambiente de cuidados - contexto de cuidados com relações profissionais eficazes, tomada de decisão partilhada e com utilização de fontes de evidência para avaliar a qualidade da prestação de cuidados; nos processos centrados na pessoa - ter uma visão clara das crenças, valores e singularidade da pessoa, tomada de decisão partilhada, prestação de cuidados físicos mediante necessidades físicas (McCormack & McCane, 2006).

vividos pela pessoa num dado meio e que requerem cuidados de enfermagem. Este procederá de um encontro entre duas ou mais pessoas, quem presta e recebe cuidados, constituindo uma construção específica elaborada a partir dos elementos da situação que a pessoa vive.

Por outro lado, Orem (1993) considera que toda a pessoa tem a capacidade para ser agente de autocuidado²⁰ uma vez que possui habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida de modo a realizar as atividades necessárias a manter a sua vida, saúde e bem-estar. Surgindo um défice de autocuidado²¹, esta pode passar a ser agente dependente de cuidado e o cuidado dependente passa a ser uma atividade realizada por um adulto responsável pela pessoa dependente.

Trabalhar com pessoas que atuam como agente de cuidado dependente (CF) para os membros da família é uma necessidade para o enfermeiro nos mais diversos contextos de cuidados. Para assegurar a continuidade do autocuidado da pessoa no seu domicílio, o CF deve desenvolver o conhecimento, as habilidades, as capacidades interpessoais e manter a sua disponibilidade para proporcionar cuidado dependente, além de, continuar a suportar a responsabilidade da sua própria saúde e bem-estar como agente do seu próprio autocuidado.

Os clientes legítimos do enfermeiro serão as pessoas cuja agência de autocuidado²² ou agência de cuidado dependente²³, devido aos requisitos de cuidados de saúde e ao seu estado de saúde ou do das pessoas que delas dependem, não é, ou não será adequada, para conhecer ou cobrir as suas necessidades de autocuidado terapêutico ou do das pessoas que delas dependem (Orem, 1993).

A enfermagem é assim considerada como um serviço especializado de ajuda e de cuidado aos outros, no qual o método de ajuda consiste numa sequência de ações que realizam, superam ou compensam as limitações associadas ao estado de saúde da pessoa por forma a assegurar a satisfação dos requisitos necessários à

²⁰ Autocuidado: é uma atividade aprendida pelos indivíduos. É um comportamento que existe em situações concretas da vida, dirigido pelas pessoas para si próprias ou para o ambiente, com o objetivo de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento, em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar (Orem, 1993).

²¹ Déficit de autocuidado: refere-se à relação entre a agência de autocuidado e as necessidades de autocuidado terapêutico do indivíduo, no qual a sua capacidade de autocuidado, devido a limitações existentes, não é suficiente para satisfazer todos ou alguns componentes das suas necessidades de autocuidado terapêutico (Orem, 1993).

²² Agência de autocuidado: capacidade humana dos indivíduos para realizar ações com o objetivo de cuidar de si mesmos (Orem, 1993).

²³ Agência de cuidado dependente: é a complexa capacidade, adquirida e desenvolvida por adultos responsáveis por conhecer e satisfazer os requisitos de autocuidado de pessoas que têm limitações da agência de autocuidado relacionadas com a saúde e que deles dependem e as quais têm de ajudar ou cuidar (Orem, 1993).

regulação do seu funcionamento e desenvolvimento de capacidades para cuidar de si mesma ou das pessoas que dela dependem.

O enfermeiro ao reconhecer a importância de proteger a saúde e o bem-estar do agente de cuidado dependente (CF), deve avaliar as suas capacidades para a realização das atividades de cuidado ao idoso com dependência, o seu estado de saúde (incluindo os prováveis efeitos da sobrecarga de cuidados) e as suas necessidades de autocuidado terapêutico.

Assim, o enfermeiro enquanto agência de enfermagem, possuirá uma base racional para emitir juízos sobre os défices de autocuidado e qual a razão da sua existência, prescrevendo os sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório, de apoio/educação para o desenvolvimento) e selecionando métodos de ajuda válidos e fidedignos. O enfermeiro pode selecionar e combinar 5 métodos de ajuda: i) agir ou fazer algo por outra pessoa; ii) orientar e conduzir a pessoa; iii) proporcionar suporte físico ou psicológico; iv) proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e v) ensinar a pessoa. A sua seleção basear-se-á na reflexão e decisão profissional sobre o que o outro não pode fazer ou não faz e sobre o que se pode e deveria fazer em interesse da sua vida, saúde e bem-estar (Orem, 1993).

No âmbito desta temática, o contexto da prestação de cuidados torna-se importante pois “o futuro dos cuidados de enfermagem que permitam a permanência no domicílio é objeto de um desafio social, económico e político” (Collière, 2003, p.352). Uma vez que, em situação de dependência, os cuidados de sustento e manutenção de vida podem ser prestados pela família, o verdadeiro desafio do apoio no domicílio é conceber e oferecer uma ação de cuidados vivificante tanto para quem beneficia como para quem os presta.

4. METODOLOGIA

A metodologia de projeto foi a selecionada uma vez que permite desenvolver competências pessoais mediante elaboração e concretização de projetos de intervenção aplicados à realidade do local de estágio. Deste modo, estabelece uma dinâmica entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática, promovendo uma prática fundamentada e baseada em evidência (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Segundo estes autores, deverá assentar nas fases que a seguir se descrevem:

I) Elaboração do diagnóstico de situação: etapa que pressupõe a identificação do problema, descrita anteriormente no capítulo 1;

II) Definição dos objetivos: foram definidos os resultados que se pretendiam alcançar, determinando objetivos consoante diferentes níveis. Assim, definiram-se objetivos gerais, enumerados previamente na introdução e os respetivos objetivos específicos (Apêndice II);

III) Planeamento das atividades, meios e estratégias: tendo em conta os objetivos previamente delineados e os respetivos resultados esperados, foram selecionados os contextos e os serviços adequados para a realização dos estágios clínicos. Também foram determinadas as atividades, meios e estratégias a realizar com os diferentes elementos do grupo de enfermagem. Além disso, desenvolveu-se um cronograma do projeto com vista à sua calendarização (Apêndice II);

IV) Execução das atividades planeadas: esta fase assumiu uma importância significativa para mim e para os enfermeiros participantes do projeto uma vez que possibilitou a realização na prática das ações planeadas para os diferentes contextos de estágio elegidos.

Para o seu desenvolvimento diversas técnicas foram utilizadas. A observação participativa do papel e intervenção do enfermeiro especialista em contexto hospitalar e domiciliário (ECCI) no cuidado à pessoa idosa e família.

Na USF, a elaboração e aplicação de um questionário para identificar as necessidades formativas e a consequente realização de formação em serviço, a construção de um guião de orientação para a avaliação e intervenção ao CI atendendo à pesquisa científica efetuada e a sua aplicação na prática clínica com a

participação de toda a equipa, além da consulta dos registos de enfermagem realizados.

Também foi indispensável a elaboração de um dossiê de estágio com toda a documentação produzida relativamente ao projeto, acessível a toda a equipa multidisciplinar na sala de tratamentos de enfermagem (documentação também disponível em todos os computadores numa pasta partilhada por todos os profissionais), assim como, um dossiê específico contendo os guias de avaliação e intervenção a serem utilizados pela equipa de enfermagem durante as VD's realizadas.

Na fase de execução das atividades no meu local de trabalho, a minha participação como elemento ativo e dinamizador, tendo em atenção a motivação dos elementos da equipa, envolvendo-os de modo a promover um papel também ativo no processo e a sentirem-se apoiados mostrou-se fundamental. Igualmente, o acompanhamento da evolução das atividades, intervindo quando necessário, procurando delinear novas estratégias com vista ao cumprimento dos objetivos traçados perante uma conjuntura desfavorável aquando a ocorrência de adversidades em relação ao planeado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

V) Avaliação: o processo de avaliação do projeto foi contínuo e dinâmico implicando a análise e reflexão acerca do trabalho desenvolvido e a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os resultados atingidos.

Em simultâneo com a etapa de execução foram sendo desenvolvidas avaliações intermédias através de momentos de reunião com a equipa e individuais com os diversos elementos desta, por forma a interrogar, debater e refletir acerca dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas e acerca do trabalho realizado, no sentido de sugestões de aperfeiçoamento e/ou execução de novas atividades consideradas pertinentes a fim de realizar os ajustes considerados necessários. A utilização de instrumentos de avaliação das técnicas realizadas (questionários, elaboração e aplicação do guião orientador, consulta dos registos), constituíram-se também como formas de operacionalizar a avaliação de forma rigorosa (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Indispensável a referência às reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora como outra forma substancial de fomentar a análise, avaliação e reflexão acerca do trabalho desenvolvido e de definição de estratégias a incrementar

face a adversidades com vista ao desenvolvimento das competências. Estas, em algumas ocasiões, ao efetuarem-se também em conjunto com as colegas de curso, proporcionaram momentos de partilha de diferentes experiências e realidades.

Além disso, a elaboração de um portfólio ao longo do estágio representou outra estratégia estimuladora da capacidade de reflexão sobre a prática e o desenvolvimento das competências preconizadas.

A avaliação final do projeto implicou a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, a avaliação e análise crítica individual e em conjunto com todos os participantes do projeto acerca das expectativas, satisfação, aprendizagens, pontos mais e menos apreciados sobre o percurso desenvolvido, os seus contributos e sugestões de melhoria do projeto e ideias para projetos futuros.

VI) Divulgação dos resultados: com a redação deste relatório final de estágio efetiva-se esta fase, ao divulgar o seu processo de desenvolvimento e quais os seus resultados.

5. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fase de implementação das atividades previstas, mediante realização de ensino clínico em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários, teve início a 29 de Setembro de 2014 e conclusão a 13 de Fevereiro de 2015.

Os objetivos específicos selecionados para esta fase pretenderam concomitantemente o desenvolvimento de competências a nível pessoal e na equipa de enfermagem. Neste capítulo, pretende-se descrever e fundamentar o trabalho realizado em cada atividade e discutir os resultados alcançados, tendo em conta o seu desenvolvimento cronológico e a articulação entre as diferentes atividades.

5.1 Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários

Para dar resposta ao primeiro objetivo geral proposto, sendo este transversal a todo o estágio e uma vez que se traduzia no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em diversos contextos, dois objetivos específicos foram delineados:

- Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e família em diversos contextos;
- Intervir como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em diversos contextos.

De seguida passo a abordar as atividades desenvolvidas de forma a atingir os resultados pretendidos.

✓ Contexto Hospitalar

A realização do estágio neste contexto decorreu no serviço de um hospital da região de Lisboa, sob orientação de um enfermeiro especialista em EMC, vertente da pessoa idosa.

Durante o trabalho de campo e aquando da entrevista com o enfermeiro, verificou-se que consiste numa unidade de internamento geral (pneumologia) na qual se prestam cuidados maioritariamente a pessoas idosas, portadoras de doenças crónicas agudizadas, principalmente do foro respiratório e que apresentam elevados níveis de dependência nas ABVD. A equipa de enfermagem é constituída

por 23 enfermeiros, sendo detentora de alguns enfermeiros especialistas, dois em enfermagem de reabilitação e dois em EMC vertente da pessoa idosa, com projetos de intervenção iniciados e mantidos no serviço, nomeadamente a implementação do Índice de Barthel com o intuito de prevenir o declínio no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado. A restante equipa multidisciplinar é constituída por médicos, assistente social, fisioterapeutas, psicóloga, dietista, secretária de unidade e assistentes operacionais.

O estágio hospitalar teve a duração de 4 semanas decorrendo entre 29 de Setembro de 2014 a 26 de Outubro de 2014, tendo-se privilegiado os turnos de manhã e tarde. O acompanhamento constante e disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro orientador, assim como, a recetividade demonstrada pela restante equipa contribuíram para uma integração harmoniosa.

Uma vez que as pessoas idosas tendem a apresentar um aumento exponencial de doença e incapacidade associadas à crescente longevidade, o risco de hospitalização por situações agudas ou crónicas aumenta, pelo que se compreende porque constituem o grupo etário que mais utiliza os cuidados hospitalares. A experiência de internamento hospitalar de cada pessoa é única e avassaladora. Nas pessoas idosas, em geral, associa-se a problemas e riscos específicos porque, como já abordado, o envelhecimento para além de fragilizar diversos mecanismos fisiológicos protetores, envolve múltiplos significados. Este oferece a possibilidade de sobrevivência mas, por outro lado, associa-se à preocupação relativa à doença e aos cuidados, ao medo da dependência física e/ou perceção da proximidade da morte. Também proporciona uma mudança para um ambiente desconhecido e despersonalizado, totalmente diferente do seu ambiente domiciliário, ao qual tem que se adaptar, logo, entendido como ameaçador. Além disso, pela interação de diversos fatores geradores de instabilidade, leva a sentimentos de isolamento, solidão, perda de controlo da situação, angústia, ansiedade e incorre num risco de perda de identidade, de integridade física, de autonomia, de rutura consigo mesma e com o mundo (Cabete, 2005; Carvalhais & Sousa, 2007, 2011).

No hospital direciona-se a atenção ao diagnóstico e tratamento da doença do corpo físico não se olhando muitas das vezes para as repercussões que o evento da doença e hospitalização têm na pessoa idosa. A doença do corpo vivido fica à margem e, a forma como convive com os seus problemas de saúde, a sua história, o

que a preocupa, bem como, uma intervenção voltada para o bem-estar e a qualidade de vida, é desvalorizada (Cabete, 2005).

A investigação de Carvalhais e Sousa (2007, 2011) sugere que a qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas tende a ser comprometida porque se centram na execução de técnicas e rotinas. Como obstáculos a cuidados expressivos referem a escassez de tempo, executando as técnicas no mínimo tempo possível, apesar de tentar fazê-lo de forma humanizada.

O contexto de internamento pressupõe uma imposição de regras e rotinas, ocorrem procedimentos que promovem o sentimento de despersonalização pela dificuldade em manter a privacidade e a individualidade, a capacidade de tomar decisões é limitada e reduzida, decidindo-se pelo idoso e não com o idoso, não se promovendo a sua autonomia²⁴. A pessoa idosa, por norma, necessita de mais tempo de cuidados uma vez que tende a estar mais doente, dependente e/ou lenta na realização de atividades funcionais. Aparentemente é remetida para uma postura mais passiva e regressiva, que pode ser acentuada se os profissionais reforçarem, mesmo sem intenção, uma crença negativa sobre a velhice, nas mais diversas vertentes. Não se promovendo o autocuidado, a manutenção da sua funcionalidade e capacidades, pode apresentar um aumento de dependência na realização das ABVD/AIVD. Sendo o declínio funcional o principal responsável pela redução ou impossibilidade de manter uma vida independente no seu ambiente habitual, sobretudo para idosos que vivem sozinhos ou com outro idoso, esta conjuntura leva a mais dias de internamento, dificuldades no planeamento de alta hospitalar e a uma procura de recursos comunitários. Em síntese, o idoso poderá ter alta em piores condições funcionais e psicológicas, preditoras de má qualidade de vida, elevado consumo de recursos de saúde e sociais, para além de uma maior morbilidade e mortalidade (Cabete, 2005; Carvalhais & Sousa, 2007).

A hospitalização também causa impacto na família (Vieira, Alvarez & Girondi, 2011). O cuidado centra-se na pessoa idosa hospitalizada e a família não é integrada nos cuidados, sendo-lhe exigido que, após a alta, leve o familiar para casa e cuide dele, não se atendendo às suas necessidades, verificando-se muitas vezes sentimentos de revolta e tristeza por parte dos CF (Carvalhais & Sousa, 2011).

²⁴ Autonomia: relaciona-se com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, tomando decisões sobre si (Sequeira, 2007).

Neste contexto, os enfermeiros prestam cuidados todos os dias e a todas as horas pelo que o seu papel é fundamental na promoção do envelhecimento ativo²⁵ e da qualidade de vida do idoso e família. Daí surge a importância desta análise e da necessidade de mudar as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde nesta matéria. Esta tendência pode e deve ser invertida, podendo o enfermeiro especialista na pessoa idosa marcar a diferença e implementar mudanças.

Durante o estágio, tendo em conta a complexidade dos cuidados, os papéis e relações profissionais que se desenvolvem neste contexto singular, procurei através da observação participante da atividade do enfermeiro especialista, de forma não estruturada, efetuar anotações em campo, privilegiando a análise do seu papel e intervenção no cuidado à pessoa idosa e família, assim como as relações estabelecidas com os seus pares e com a equipa multidisciplinar.

Neste sentido, várias estratégias foram utilizadas: procurei integrar-me no serviço, entender a dinâmica e relações existentes na equipa multidisciplinar, observar a organização e prestação dos cuidados de enfermagem, participar na passagem de turno dos enfermeiros, analisar situações com o enfermeiro orientador.

Denotou-se que no serviço existe um investimento na melhoria do ambiente terapêutico, tornando-o mais humano e promotor de saúde: horário de visitas alargado, permitindo a presença prolongada de pessoas significativas; personalização do ambiente com espaço para alguns objetos pessoais; promoção da distração da pessoa internada através de televisão, existência de sala de estar comum para convívio entre doentes ou maior privacidade com os visitantes; estímulo à deambulação pelo serviço ou saída até ao exterior do edifício quando possível.

Relativamente ao enfermeiro especialista, detendo um conhecimento aprofundado acerca da pessoa idosa e família e tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde, procura durante todo o processo de internamento a avaliação global da pessoa idosa e família. Assim, constrói em parceria com estes um processo de cuidados individualizado, empenhando-se na tomada de decisões clínicas fundamentadas, além de iniciar o planeamento de alta precocemente com vista à continuidade de cuidados em ambiente extra-hospitalar, como forma de promover a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem.

²⁵ Envelhecimento ativo: “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (World Health Organization, 2005, p.13).

A este processo tem sempre inerente os princípios de interdisciplinaridade procurando articular a prestação de cuidados com todos os outros elementos da equipa multidisciplinar. O enfermeiro, como agente dinamizador de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados é percecionado como um profissional de referência no âmbito da pessoa idosa e é responsável pela monitorização da aplicação do Índice de Barthel no serviço, no intuito de monitorizar os ganhos em saúde relativos às intervenções da equipa de enfermagem, no que se refere à prevenção do declínio no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado.

Tendo sempre exercido funções em contexto de CSP, a representação e conceção de cuidados em contexto hospitalar provinham de lembranças enquanto estudante de enfermagem ou na ótica de visitante de familiares internados. Regressar a este contexto, desta vez como profissional, tendo a pessoa idosa e a sua família como foco de atenção e após a revisão da literatura realizada, despertou em mim um início do repensar desta realidade, qual o seu impacto na pessoa idosa e a sua família e, enquanto enfermeiro, qual o papel que posso e devo representar.

Apesar de não previsto, foi sugerido pelo enfermeiro orientador a apresentação do projeto à equipa de enfermagem de modo a explicitar quais os objetivos do meu ensino clínico e, de forma oportunística, apresentar o problema real identificado no meu contexto de CSP e qual a literatura analisada alusiva ao tema. A 30 de Setembro de 2014 afixou-se um comunicado acerca desta apresentação na sala de enfermagem do serviço. Esta efetivou-se a 2 de Outubro de 2014 às 14.30h, antes da passagem de turno, na tentativa de proporcionar uma maior participação dos enfermeiros. 6 enfermeiros estiveram presentes havendo no final espaço para partilha de opiniões e experiências. Desta forma sensibilizou-se a equipa para esta realidade, a qual classificam como cada vez mais presente também no serviço, pelo que consideraram a temática interessante.

Para além de acompanhar e participar com o enfermeiro na prática de cuidados especializados às pessoas idosas internadas e família, considerou-se uma mais-valia atribuir-me a responsabilidade de prestar cuidados mediante uma intervenção mais dirigida aos idosos com dependência e com um CI.

Durante o estágio realizei a avaliação funcional da população internada. Das 24 pessoas internadas no serviço 15 (62,5%) tinham idade \geq a 65 anos. Analisando o grau de independência nas AVD, 7 idosos (46,7%) eram independentes na

realização das AIVD e 8 idosos (53,3%) nas ABVD. Como se verifica nesta população, muitos idosos mantêm a sua funcionalidade, vivendo o seu dia-a-dia de forma independente. Pelo contrário, apresentavam algum grau dependência nas AIVD 8 idosos (53,3%) e nas ABVD 7 idosos (46,7%). Destes, 2 idosos estavam institucionalizados num lar. Dos restantes 13 idosos, 6 (40%) tinham o apoio de um CF e, no caso de 3 idosos (20%), o cuidador também era idoso.

Tendo maior disponibilidade para estar com a pessoa idosa e família, para uma prestação de cuidados individualizada, procurei conhecer a pessoa idosa, o seu contexto de vida e de doença, à incerteza e *stress* do internamento, o que a preocupa, que perdas e desafios já vivenciou e com que recursos os ultrapassou, o que é capaz de mobilizar e a que estratégias recorre, qual a sua rede de apoio. Além disso, realizei a avaliação multidimensional da pessoa idosa assente em instrumentos de avaliação consoante a pertinência (*Mini Nutricional*, *Mini Mental State*, Índice de Lawton) e já preconizados no serviço (escala de Morse, escala de Braden e Índice de Barthel). Esta avaliação global do idoso, aliada ao conhecimento do processo de envelhecimento, do impacto da hospitalização e considerando a pessoa idosa internada como alguém com uma dignidade e um direito à autodeterminação que lhe são próprios, permitiu delinear e negociar em parceria com o idoso e família um plano de cuidados e quais as intervenções de enfermagem a desenvolver em colaboração com a restante equipa multiprofissional.

A avaliação das capacidades e limitações da pessoa idosa, o que é capaz de fazer e o que fazia antes do internamento contribuiu para a monitorização do seu estado funcional, evitando substituí-la ou pedir tarefas além das suas capacidades e, por outro lado, promover o seu autocuidado. Uma vez que, quanto maior o défice de autocuidado do idoso, maior a necessidade de apoio de um agente de cuidado dependente, foi fundamental identificar o CF e planear o método de ajuda para assegurar a continuidade do autocuidado terapêutico após a alta hospitalar.

O foco de atenção visou a pessoa idosa internada, integrando igualmente o CF e família como sujeitos de cuidado, avaliando as suas necessidades, envolvendo-os nos cuidados, ouvindo-os, facilitando a expressão de dúvidas e inquietações para poder lidar eficazmente com a situação e com possíveis dificuldades após a alta, principalmente quando a condição da pessoa idosa se alterou, nomeadamente do ponto de vista funcional. Quando o enfermeiro envolve o CF e família nos cuidados

ao idoso, mesmo não estando no seu domicílio, contribui para o seu entendimento acerca destes e propicia a sua satisfação com os cuidados de enfermagem (Cabete, 2005; Vieira, Alvarez & Girondi, 2011).

Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin (2009) referem que as práticas de alta hospitalar estão a propiciar um aumento de sobrecarga de cuidados sobre o CF, havendo uma correlação direta entre a qualidade do planeamento da alta e a readmissão a nível hospitalar. De forma a aumentar a eficácia do planeamento da alta hospitalar dos idosos e seus CI procurei, de forma gradual, desde o início do internamento intervir adequadamente, prestando informação pertinente, promovendo o envolvimento ativo e precoce dos CI neste processo e, em conjunto com a equipa de saúde, identificando as suas necessidades específicas consoante o contexto de cuidados e familiar, expectativas e os recursos necessários após a alta para continuar a desempenhar o seu papel. Com o intuito de promover a qualidade de vida e a continuidade dos cuidados ao idoso e CI, potenciou-se a comunicação e interligação com os CSP, através da realização de carta de alta de enfermagem. Noutros casos, detetou-se a necessidade de referenciação para a Equipa de Gestão de Alta e possível ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)²⁶ (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin, 2009; Vieira, Alvarez & Girondi, 2011; Carvalhais & Sousa, 2011).

De modo a promover a continuidade dos cuidados e, principalmente, dar visibilidade à informação colhida e ao trabalho desenvolvido, procurei transmiti-lo oralmente nas passagens de turno, bem como transpô-lo para os meus registos de enfermagem, individualizando-os.

Ao nível dos registos de enfermagem, realizados no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) destaco que, em conjunto com o enfermeiro orientador, pela primeira vez naquele serviço, levantou-se como foco de atenção o prestador de cuidados, englobando como intervenção os ensinamentos realizados para o autocuidado. De referir, que a parametrização deste item tinha sido terminada há pouco tempo todavia, segundo conhecimento do enfermeiro, nunca tinha sido selecionado.

²⁶ RNCCI: “A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (Decreto-lei n.º 101/2006).

Ao participar nas passagens de turno pude então transmitir à equipa de enfermagem a prestação de cuidados tendo como foco o CI. Penso ter contribuído para sensibilizar os enfermeiros para outro olhar sobre o CI, como deve ser compreendido e apoiado, considerando as dificuldades vividas durante o processo de hospitalização e de preparação para a alta (Vieira, Alvarez & Girondi, 2011).

Inerente a todo este estágio não podia deixar de mencionar os espaços de análise e reflexão sobre e para as práticas à pessoa idosa hospitalizada e família, quer a nível individual quer com o enfermeiro orientador, cuja experiência ajudou no meu processo de desenvolvimento.

✓ **Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar**

De 10 de Novembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015 decorreu o ensino clínico na USF onde exerço funções e na qual foi implementado o projeto visado.

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde pois situam-se junto das comunidades, no contexto no qual as pessoas vivem, sendo o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. Com a reforma dos CSP, concretiza-se a aposta num modelo centrado nos cuidados de proximidade. Nesta são criados os ACES, constituídos por várias unidades funcionais em intercooperação, das quais constam as USF. Estas assentam em equipas multiprofissionais motivadas (médico, enfermeiro e secretário clínico), com uma cultura de responsabilização partilhada e práticas cimentadas na reflexão crítica, fundamentais à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A equipa à qual pertenço, tem como missão prestar cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados (DL n.º 298/2007; DL n.º 28/2008).

Quanto à pessoa idosa, o desenvolvimento de ações mais próximas desta, capacitadoras da sua autonomia e independência, sensíveis às suas necessidades e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento. Este desiderato representa um desafio e responsabilidade para os CSP mediante a implementação e melhoria de estratégias de intervenção que mobilizem respostas que satisfaçam as suas necessidades específicas (DGS, 2004).

Relativamente à experiência de 7 anos de trabalho na USF, desde há 3 anos que assumo efetivamente o papel de enfermeira de referência de uma lista de utentes. Ao longo dos anos tenho acompanhado pessoas idosas aquando a realização de consultas de enfermagem de vigilância de idosos com doença crónica (Hipertensão Arterial e/ou Diabetes), de tratamentos curativos de enfermagem e de visita domiciliária, entre outros. É sabido que o enfermeiro, nesta realidade, deve assumir a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a doença, aos quatro níveis de prevenção, devendo desenvolver um trabalho de parceria com a pessoa idosa/CF/família, para os ajudar a encontrar os recursos e as estratégias mais adequadas na gestão do seu processo de saúde e/ou doença crónica.

Os conhecimentos e ferramentas adquiridas durante o primeiro ano deste curso, a pesquisa bibliográfica que foi sendo realizada, a reflexão acerca da prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família impulsionaram uma mudança nos cuidados prestados. Sendo a enfermeira de referência de várias famílias, de um modo geral, apesar de já conhecer o contexto familiar e social de muitos idosos, e deter uma relação de confiança com estes, a aspiração a uma intervenção especializada levou-me a compreender a pessoa idosa com outro olhar, indo ao encontro da pessoa como um todo, realizando uma avaliação individualizada, tendo-a como uma pessoa única com um projeto de vida, inserida numa família e numa comunidade, por forma a promover um envelhecimento ativo.

Carvalhais (2010), refere-se à VD como uma importante modalidade de intervenção que diferencia o enfermeiro de referência na comunidade dos outros contextos pois a sua prestação de cuidados é realizada no “contexto da pessoa” e não no “contexto do profissional”. Esta traz diversas vantagens nos cuidados: maior interação e aproximação entre o enfermeiro, pessoa e família; maior confiança para expor os problemas; maior conhecimento do contexto de vida; maior satisfação da pessoa e família e humanização do cuidado, entre outros.

Em contexto domiciliário, procurei exercer uma prática avançada de enfermagem centrada na pessoa idosa e família, em específico à pessoa idosa com dependência e seu CF/família, tendo por base a evidência científica relativa à problemática estudada. Os problemas vividos pela pessoa idosa em situação de doença, dependência e vulnerabilidade, exigem um saber e compreensão, que a considerem na sua globalidade e singularidade, exigindo simultaneamente uma relação

interpessoal, assente no respeito pela sua autonomia e na partilha de poder, sendo vista como um ser de projeto e de cuidados, qualquer que seja a sua condição (Gomes, 2009).

Paralelamente, em ambulatório e no domicílio, com recurso a instrumentos de avaliação procurei uma efetiva avaliação multidimensional da pessoa idosa, respeitando a sua singularidade, contemplando as múltiplas dimensões da sua vida, as suas capacidades e limitações, os seus recursos individuais e familiares. Desta forma, intentei com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, em parceria, planejar projetos de cuidados de acordo com as necessidades de autocuidado terapêutico manifestadas, almejando promover a sua saúde, o seu desenvolvimento e a manutenção do seu bem-estar.

No âmbito de um trabalho multidisciplinar, procurei partilhar responsabilidades com a/o respetiva médica/o de MGF quanto ao plano de cuidados traçado, encaminhando também para a assistente social ou psicóloga, quando a pessoa idosa manifestava necessidade nas respetivas áreas de intervenção.

No sentido de desenvolver os cuidados especializados na prática clínica, realizei estudos de caso (Apêndice X), procurando desenvolver a capacidade para colher informações de forma organizada e sistematizada sobre a pessoa idosa e a sua família, permitindo a análise das suas necessidades de saúde e a definição de intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A necessidade de refletir pessoalmente sobre a ação realizada e vivenciada durante o estágio clínico, levou a que por vezes, com base no ciclo de Gibbs, escrevesse em papel os acontecimentos e sentimentos experienciados, proporcionando a sua análise e o questionamento da minha prática de cuidados, a reconstrução do acontecido e, a construção de um novo entendimento da situação.

Estas atividades tiveram também reflexo na restante equipa. Atuar como enfermeiro com conhecimentos mais específicos na pessoa idosa, compartilhando os estudos de caso desenvolvidos e promovendo uma reflexão individual e coletiva acerca de algumas práticas na USF, demonstrou ser uma estratégia promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem. E, é importante criar na prática de cuidados espaços de reflexão, pois os enfermeiros precisam de pensar e refletir sobre os cuidados que prestam como um ponto fundamental para a construção do saber e para não se deixarem absorver pelo peso da rotina (Gomes, 2009).

Assim sendo, o estágio realizado nestes contextos pretendeu essencialmente o aprofundar de conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas de especialista em EMC na área clínica de cuidados à pessoa idosa e família. A análise da intervenção do enfermeiro especialista na pessoa idosa em contexto hospitalar; a prestação de cuidados de enfermagem de reparação ou manutenção de vida em parceria com a pessoa idosa e família em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários, mediante as necessidades de autocuidado terapêutico detetadas e, mais especificamente, englobando a ajuda e cuidado ao CI da pessoa idosa com dependência, tendo por base a abordagem de Collière e o modelo de Orem, contribuíram para esse desígnio.

Concomitantemente, todo o percurso concretizado contribuiu, de um modo global, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e das aprendizagens profissionais. Além disso, no domínio da gestão de cuidados, ao intentar um papel dinamizador na divulgação do saber ao nível da pessoa idosa, particularmente na otimização das respostas de enfermagem ao nível da tomada de decisão no processo de cuidado à pessoa idosa e família.

5.2 Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem no cuidado ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário

De modo a atingir o segundo objetivo geral, referido na introdução, foram três os objetivos específicos que me propus atingir (Apêndice II):

- Desenvolver competências para cuidar do cuidador idoso e da pessoa com dependência em contexto domiciliário;
- Capacitar a equipa de enfermagem para o cuidado ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário;
- Intervir como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário.

Para a sua consecução foram realizadas as atividades que passo a descrever.

5.2.1 Desenvolvimento de competências para cuidar o cuidador idoso e a pessoa com dependência em contexto domiciliário

Por forma a responder a este objetivo, o aprofundar de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre a avaliação e intervenção do enfermeiro junto do cuidador idoso em contexto domiciliário, iniciou-se aquando o desenho deste projeto e estendeu-se a todo o período de estágio. Mesmo detendo conhecimentos teóricos relativos à temática, antes de iniciar o ensino clínico na USF, considerou-se pertinente no que se refere à prestação de cuidados neste contexto, realizar um estágio que me permitisse vivenciar boas práticas de cuidados neste âmbito, analisando e refletindo acerca destas, mediante a literatura pesquisada.

✓ Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Atendendo à recente problemática do aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, interrelacionadas com o envelhecimento humano, era urgente a criação de um novo paradigma de cuidados que promovesse respostas alternativas e adequadas a pessoas em situação de dependência, beneficiando de um nível intermédio de cuidados, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar (Monteiro, Santos & Costa, 2013).

Assim, foi criada pelo DL n.º 101/2006, a RNCCI, objetivando a prestação de cuidados continuados integrados (CCI)²⁷ a pessoas que se encontrem em situação de dependência. A RNCCI veio permitir a criação de novas tipologias de resposta de CCI: unidades de internamento e de ambulatório. Destas últimas, constituem-se as equipas domiciliárias, das quais fazem parte as ECCI's²⁸.

Por outro lado, em 2009, com a reforma dos CSP, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) passa a constituir-se como uma das unidades funcionais dos ACES, competindo a esta constituir as ECCI's. Como uma das áreas prioritárias da carteira de serviços da UCC, no âmbito da RNCCI, são os projetos de intervenção

²⁷ Cuidados continuados integrados: "o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social" (DL n.º 101/2006, p. 3857).

²⁸ ECCI: " (...) equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas (...) com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento (...)" (DL n.º 101/2006, p. 3862).

domiciliária a pessoas dependentes e cuidadores/famílias, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES (Despacho n.º 10143/2009), considerou-se pertinente desenvolver estágio numa ECCI.

Tendo em conta o supracitado e a problemática do projeto, pressupunha a expectativa de observar as práticas e desenvolver competências na prática clínica na avaliação e intervenção ao CF, dando suporte à última etapa de estágio. Assim, em 2 semanas de estágio, observei e acompanhei as atividades desenvolvidas por um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária que integrava a ECCI de uma UCC de um ACES de Lisboa da ARSLVT.

A UCC é coordenada por um enfermeiro e constituída por enfermeiros, secretários, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, um assistente social e um terapeuta ocupacional, articulando a sua atividade com outras unidades funcionais do ACES e instituições parceiras da comunidade. A equipa de enfermagem subdivide-se em enfermeiros responsáveis pela operacionalização de projetos de intervenção comunitária (saúde escolar, preparação para o nascimento e parentalidade, unidade móvel) e enfermeiros alocados à ECCI.

No estágio tive a oportunidade de apreender o funcionamento da ECCI e acompanhar o enfermeiro durante as VD's da área geográfica correspondente.

Verificando-se a existência de critérios para esta tipologia, em que um deles é a existência de um CF no domicílio da pessoa, na primeira VD valida-se a data de admissão da pessoa na ECCI, ficando sob a sua responsabilidade. Nas primeiras 72 horas, deve ser realizada uma avaliação multidisciplinar (médica, de enfermagem e social), mediante aplicação do Instrumento de Avaliação Integral²⁹ e outras avaliações (risco de úlceras de pressão, risco de quedas, entre outras), de modo a delinear um plano individual de intervenção. As avaliações são atualizadas ao 15.º dia e depois mensalmente até alta da ECCI. Os dados são registados no programa Gestcare CCI^{®30} permitindo a monitorização uniforme, contínua e a avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Nesta ECCI, na segunda semana de cada mês existe uma reunião multidisciplinar para discussão de casos clínicos, da qual não tive oportunidade de participar.

²⁹ Instrumento de Avaliação Integral: método de avaliação biopsicossocial: avalia os domínios sexo, idade, queixas de saúde, locomoção, autonomia física e instrumental, estado de nutrição, quedas (área bio); estado cognitivo, queixas emocionais (área psico); estado social e hábitos (área social).

³⁰ Gestcare CCI[®]: sistema de informação que serve de suporte à referenciação, monitorização e gestão dos utentes da RNCCI.

Ao examinar com o enfermeiro orientador o plano de trabalho semanal, verifica-se que presta cuidados maioritariamente a pessoas idosas. Quanto ao principal motivo de VD de enfermagem, prende-se com a realização de tratamento a feridas.

Dos momentos de observação e partilha de conhecimentos e experiências da prática clínica com o enfermeiro durante as VD's, denota-se que apresenta um conhecimento aprofundado acerca da situação de saúde/doença e contexto de vida das pessoas e famílias que acompanha. Tendo em conta o facto de ser o enfermeiro responsável por determinadas pessoas, a frequência com que realiza as VD's e o próprio ambiente de cuidado, que é o domicílio da pessoa, permite a construção de uma relação de confiança. Além do mais, presta cuidados assentes numa apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem e planeia intervenções consoante a avaliação de necessidades efetuada em parceria com a pessoa e família e a restante equipa multidisciplinar.

Ao ser reconhecido como um recurso qualificado para os cuidados de proximidade a esta população, quando avalia necessidades além da sua área de exercício, reconhecendo os limites da sua competência, promove a articulação com outros profissionais, elevando-o para a importante função de encaminhar a pessoa/família. Contudo, de momento não existe apoio de fisioterapia, apenas apoio de um psicólogo e uma terapeuta ocupacional. Aliado ao facto de vivenciar dificuldades na articulação com os respetivos médicos de MGF, verbaliza a existência de constrangimentos relativos à dotação de recursos humanos.

Quanto aos CF's, o enfermeiro durante o seu curso de pós-especialização desenvolveu um projeto de educação para a saúde em grupo com estes, de acordo com as dificuldades mais frequentes, mediante aplicação do Índice para avaliação das dificuldades do cuidador (CADI). Este refere que é uma temática que valoriza, no entanto, por falta de recursos humanos e consequente pouco tempo disponível, o projeto tem estado estagnado. No que se refere à intervenção de enfermagem individualizada ao CF, não são utilizados instrumentos de avaliação pela equipa até porque não estão preconizados pela RNCCI, pelo que se acaba por avaliar as suas necessidades de forma empírica. Assim, tenta ajudar o CF maioritariamente na capacitação para a prestação de cuidados, ao nível do ensino, instrução e treino para o cuidado dependente, na disponibilização de suporte e apoio, mobilizando os recursos disponíveis para promover a saúde e o bem-estar de ambos.

Neste sentido, houve a partilha de conhecimentos da minha parte acerca do tema, para além da partilha de experiências e casos de CI's que presentemente acompanhava. Na expectativa, por parte do enfermeiro, de no futuro desenvolver práticas relativas aos CF's forneceu-se a pesquisa bibliográfica por mim efetuada.

Dos registos de enfermagem observados, a dimensão mais valorizada incluía itens resultantes da vigilância da ferida, da dor e de outros parâmetros fisiológicos, considerados úteis para efeitos de continuidade do cuidado e determinação da eficácia do tratamento. Quanto aos registos no Gestcare CCI[®], este não possibilita a documentação sistemática do processo clínico de enfermagem, acabando por ser usado apenas para as avaliações obrigatórias da RNCCI.

Realizando uma apreciação do estágio, constitui uma mais-valia sobretudo no âmbito da reflexão de alguns aspetos da prática de cuidados que passo a citar:

I) Representando os cuidados domiciliários uma área de intervenção de relevância nos CSP, na minha prática diária algumas dúvidas persistiam, nomeadamente, qual a responsabilidade de intervenção das equipas domiciliárias da USF e da ECCI. Esta experiência contribuiu para compreender a realidade do contexto e funcionamento das ECCI, como a equipa multidisciplinar trabalha e a importância deste modelo organizacional de intervenção integrada e articulada em rede com outras unidades funcionais em prol das pessoas, famílias e comunidade.

Assim, existem critérios³¹ a partir dos quais a prestação de cuidados continuados domiciliários pela equipa da USF, deixa de fazer parte da sua carteira básica de serviços e pode passar para a responsabilidade da ECCI, em articulação com a equipa de saúde familiar. Esta colaboração previne a duplicação de intervenções, garantindo a racionalização da utilização de recursos humanos e outros (Ministério da Saúde (MS), 2007).

Assim sendo, na minha prática diária contacto com pessoas que seriam elegíveis para ingresso na RNCCI, não o sendo por falta de referenciação ou quando o são, por vezes, não há uma capacidade de resposta célere. Da avaliação da RNCCI realizada por Lopes, Mendes, Escoval, Agostinho, Vieira, Vieira e Moraes (2010), ao estruturar-se numa matriz de conexão com os restantes níveis de cuidados, é uma

³¹ Quando a frequência da prestação de cuidados de saúde é superior a 1 vez por dia; ou mais de 1h e 30 minutos por dia de prestação de cuidados pela equipa de saúde familiar, para além de 3 dias por semana; pessoas que requeiram cuidados de saúde além do horário normal de funcionamento da USF, incluindo fins-de-semana e feriados; pessoas que necessitem de outro tipo de cuidados de saúde especializados (fisioterapia, psicologia, paliativos e outros) e/ou de apoio social (MS, 2007).

área em que ainda há muito a fazer, pois parece ser afetada pela dificuldade ao nível da referenciação e fluxo de doentes. Esta é também imputável aos profissionais, existindo a necessidade de sensibilizar e formar as equipas pertencentes aos CSP, hospitais, entre outros. A pessoa em situação de dependência nunca deverá ser prejudicada por falta de articulação dos diferentes níveis de cuidados de saúde nem das respetivas equipas.

Por outro lado, as pessoas que careçam de cuidados de maior complexidade, não sendo exequível o apoio domiciliário por familiares e equipa domiciliária deve ser referenciada para outros níveis da RNCCI. Nos CSP torna-se relevante entender o contributo da RNCCI, identificando atempadamente as necessidades de CCI, prevenir-se-á o agravamento do estado de saúde, evitar-se-á internamentos hospitalares que podem facilitar a perda de capacidades, contribuindo assim, para a qualidade de vida de todos, dos cuidados e para ganhos em saúde cada vez mais significativos (MS, 2007; Lopes *et al*, 2010; Carvalhais, 2010).

Neste sentido e no âmbito desta temática, importa salientar a tipologia descanso do cuidador, criada no âmbito da RNCCI, pois possibilita o internamento temporário, até 90 dias por ano, da pessoa com dependência nas unidades de longa duração e manutenção, de forma a dar resposta às solicitações da necessidade de descanso do CF (DL n.º 101/2006). Esta modalidade, evidenciada em alguns estudos como sugestão de intervenção ao CF, ajuda na redução da depressão, sobrecarga e raiva (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeve & Remmen, 2012);

II) O CF é valorizado como foco de atenção pelo enfermeiro contudo não existe a sua avaliação mediante recurso a instrumentos de avaliação, quer pela equipa, quer preconizada pelo Gestcare CCI®. O CF detém um papel crucial no desenvolvimento das redes de CCI domiciliários. Para se ir ao encontro das suas reais necessidades e potencialidades, este deverá ser envolvido no planeamento e implementação dos projetos de cuidados, devendo existir uma preocupação acrescida com a questão da qualidade dos cuidados e a manutenção do seu bem-estar (Lopes, *et al*, 2010).

O preenchimento somente dos instrumentos de avaliação preconizados na Gestcare CCI® e os registos de enfermagem abordados, não contribuirão para a existência de informação que traduza a práticas dos enfermeiros. É neste sentido, que a OE entende que os padrões de documentação nas ECCI (diagnósticos, intervenções e resultados) devem também incidir nos focos de atenção da prática de

enfermagem tais como o Autocuidado e o Prestador de Cuidados. Como áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, representam o contributo que os enfermeiros podem proporcionar na promoção da autonomia e recuperação funcional da pessoa e no suporte ao CF (OE, 2009a);

III) Como refere a OE (2009a), os enfermeiros das ECCI são elementos com uma posição estratégica na gestão de casos³² e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados; na identificação de situações de risco potencial, analisando e propondo soluções; na criação de condições para manter a pessoa no seu ambiente, gerindo meios e recursos disponíveis e assegurando o apoio e suporte ao CF e família. Assim, contribuem para o bem-estar e conforto das pessoas com dependência e seus CF's e, consequentemente, para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pela ECCI.

Denotou-se o papel e empenho dos enfermeiros em representar o valor profissional e social da profissão apesar da diminuição dos recursos humanos, do número acentuado de utentes acompanhados pela equipa de enfermagem, acrescido às contingências de transporte e deslocação, tempo necessário para a organização de recursos materiais e registos, entre outras.

Lopes, *et al* (2010) refere que as ECCI's, estão em fase de consolidação e amadurecimento, nomeadamente através da afetação de recursos humanos, técnicos e outros. Previa-se para 2016 que uma das mais importantes dimensões da RNCCI fossem os cuidados domiciliários, recomendando-se um incremento da oferta domiciliária de ECCI's, garantindo uma maior permanência das pessoas idosas no seu domicílio, com os consequentes ganhos em saúde e bem-estar, menores riscos associadas a internamentos, além de cuidados menos dispendiosos, principalmente ao promover o envolvimento dos CF's e a sua consideração como parte da equipa. Nesta dimensão, indubitavelmente, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa pode e deverá igualmente ganhar especial relevância.

³² Gestor de caso: "(...) deverá ser o profissional que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe serve de suporte na comunidade, identificado de entre os que constituem a ECCI (...) na maioria das vezes, caberá ao enfermeiro este papel" (MS, 2007).

5.2.2 Capacitação da equipa de enfermagem para cuidar o cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário

✓ Divulgação do projeto de estágio à equipa de multidisciplinar

A equipa multidisciplinar base da USF é composta por 7 médicos de MGF, 6 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Conta também com um assistente social e um psicólogo, em regime parcial de horário, afetos ao ACES respetivo.

Apesar dos participantes deste projeto serem os enfermeiros, considerou-se oportuno potenciar este momento, divulgando o projeto de estágio à equipa multidisciplinar da USF. A equipa base da USF reúne-se semanalmente e, por esta reunião decorrer às sextas-feiras, a apresentação havia sido programada com o conselho técnico³³ da USF para dia 14 de Novembro de 2014 às 14h. Além de constar a informação da sessão de divulgação em placar próprio para o efeito na USF, foi enviada mensagem através do programa informático convidando todos os profissionais e internos de especialidade MGF, por forma a amplificar a presença de profissionais. Devido ao anúncio de pré-aviso de greve de enfermagem para o dia estipulado, podendo a possível ausência de enfermeiros prejudicar o sucesso desta atividade, optou-se por remarcar para o dia 18 de Novembro de 2014 às 13.30h. Novamente enviou-se mensagem a informar da alteração da data da sessão por forma a reprogramarem a sua agenda e estarem presentes.

A sessão teve lugar na sala de reuniões, estando presentes 5 enfermeiros, 5 médicos de MGF, 4 internos da especialidade de MGF e 3 secretários clínicos.

Durante a apresentação vários foram os conteúdos abordados, nomeadamente, a explicitação da problemática em estudo e qual o estado de arte relativo a esta, a comunicação dos dados colhidos e resultados obtidos na fase do diagnóstico de situação inicial e qual a finalidade e objetivos do projeto (Apêndice III). Elegeu-se o método expositivo para a apresentação do projeto e o método participativo para incentivar a discussão sobre a pertinência da problemática do projeto tendo em conta a realidade e o contexto de cuidados e o esclarecimento de dúvidas, por forma a estimular a participação da equipa de enfermagem.

³³ Compete ao conselho técnico a orientação necessária à promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade; organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação (DL n.º 298/2007).

De um modo geral, a equipa multidisciplinar reconheceu a sua pertinência e relevância, além de que, considerou-se significativo em particular, a partilha de um profissional ao afirmar que na sua prática diária sente por vezes descurar o CF.

Os resultados consideraram-se atingidos pois a totalidade da equipa de enfermagem esteve presente na sessão e manifestou interesse e entusiasmo em envolver-se no projeto.

✓ **Questionário de avaliação de necessidades formativas da equipa de enfermagem.**

O questionário é um instrumento de colheita de dados que requer ao participante respostas escritas a questões estruturadas, objetivando a recolha de informação factual e previamente determinada sobre conhecimentos, atitudes, sentimentos e opiniões. A sua escolha deveu-se também por ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, oferecer a possibilidade de anonimato das respostas e, além disso, a uniformidade da sua apresentação e diretivas para tornar possível a comparação entre os respondentes (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Para recolher os dados criou-se um questionário próprio visando resposta às necessidades particulares deste caso, ou seja, a intervenção de enfermagem dirigida ao cuidador idoso. Na base da sua construção esteve sempre presente a definição clara da problemática em estudo, do conhecimento do estado de arte e da natureza dos dados a recolher (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

O questionário (Apêndice IV) teve como objetivo perceber qual a importância atribuída e os conhecimentos detidos pela equipa relativamente à avaliação e intervenção no cuidador idoso. Pretendeu-se compreender se e como a efetuam e, eventualmente, quais as dificuldades sentidas na prática clínica, em relação ao descrito na literatura científica. Optou-se por questionário misto, com um conjunto de questões abertas e fechadas, em função da informação que se pretendia recolher. Nas questões abertas, os temas foram apresentados numa ordem lógica no intuito de ressaltar os pontos de vista dos respondentes, de modo a deter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência no cuidado ao cuidador idoso. Nas questões fechadas, de carácter positivo ou negativo, recorreu-se a escala de *Likert*, com uma lista de categorias que exprimiam um ponto de vista sobre o tema, de modo a mensurar uma frequência de utilização (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Após submissão de um esboço à revisão da professora orientadora efetuou-se um pré-teste junto de dois enfermeiros não pertencentes a USF para verificar a sua eficácia e valor. Após reformulação, a 24 de Novembro de 2014 o questionário foi distribuído em mão aos 5 enfermeiros, tendo sido autoadministrado por ser preenchido sem ajuda (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Previamente tinha sido planeado estabelecer um prazo máximo de entrega de uma semana. Contudo, a 19 de Novembro de 2014, devido a condições inadequadas do edifício da USF e por risco coletivo para utentes e profissionais, a Proteção Civil encerra, com carácter urgente, o edifício. De 20 a 21 Novembro de 2014 a equipa coordenou-se de modo a prestar os cuidados essenciais à população na unidade de cuidados de saúde mais próxima e a auxiliar na mudança de todos os recursos materiais da USF para outro edifício. Iniciou-se atividade assistencial no edifício da direção do ACES a 24 de Novembro de 2014 e a equipa multidisciplinar aí se manteria até dia 18 de Janeiro de 2015.

Este acontecimento provocou desagrado, inquietação e acabou por destabilizar a equipa refletindo-se na sua passageira desmotivação relativamente ao projeto. Aquando da entrega do questionário a maioria manifestou que com todas as alterações precisaria de mais tempo. Assim, tendo em conta o interesse da equipa e procurando incentivá-la à participação, prolongou-se o prazo de preenchimento para duas semanas, até dia 5 de Dezembro de 2014. Os participantes foram verbalmente informados de que, após o seu preenchimento, deveriam colocar o questionário num envelope selecionado para o efeito. Os 5 questionários entregues foram respondidos o que equivaleu a uma taxa de resposta e participação de 100%.

Posteriormente, de 8 a 12 de Dezembro de 2014, procedeu-se ao tratamento dos dados de acordo com as análises estatísticas determinadas.

As respostas às perguntas fechadas foram sujeitas a tratamento estatístico. Os dados qualitativos, relativos às perguntas abertas, foram tratados segundo o método de análise de conteúdo que consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações que ao usar procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens tem por finalidade efetuar inferências lógicas e justificadas de conhecimentos referentes às mensagens” (Bardin, 2009, p. 40). Inicialmente realizou-se uma leitura flutuante das respostas, depois, tendo por base o tema e de acordo com a técnica de análise categorial, realizou-se uma análise temática usando

as frases como unidades de análise, por forma a descobrir os “núcleos de sentido” cuja presença ou frequência de aparição podiam significar algo.

Usando como elementos norteadores o objetivo da análise e a literatura consultada, emergiram as unidades de contexto e de registo, futuramente codificadas em categorias específicas. A codificação traduziu-se na transformação dos dados em bruto do texto permitindo uma representação do seu conteúdo e realizar inferências de conhecimentos, para aqueles participantes, com vista a uma interpretação final fundamentada e a resultados de confiança (Bardin, 2009).

Da análise elaborada variadas e interessantes foram as deduções uma vez que referiram alguns aspetos constantes na literatura (Apêndice V). Os enfermeiros consideram a avaliação do CF como sendo muito importante (100%) uma vez que existem cada vez mais. Para além de deverem ser considerados como parceiros nos cuidados, necessitam ser cuidados para que possam desempenhar a sua função, devendo perceber-se qual a ajuda que necessitam. Assim, a avaliação e intervenção de enfermagem tem de ser contínua e também centrada na família.

No que respeita à realização da avaliação, 40% referem que a realizam sempre, 40% ocasionalmente e 20% não a efetuam. Quando a concretizam, o modo como avaliam processa-se de forma informal, intuitiva e não sistemática e, quando o CF apresenta alterações nas suas capacidades, se demonstra incapaz para os cuidados que tem a cargo ou quando transmite um pedido de ajuda. O que avaliam prende-se com alguns aspetos do contexto do CF (relação com a pessoa idosa com dependência, tempo de cuidados, situação profissional), a sua preparação para o papel, se conhece ou usufrui de apoio/recursos e a vertente económica.

Estreitando esta avaliação para a especificidade do cuidador idoso, 80% referem modificar a avaliação realizada se este for idoso, enquanto 20% não têm em conta esta singularidade. Dos que respondem positivamente, há quem não o faça de forma consciente mas constata-se que percecionam que os idosos estão mais debilitados, podem apresentar alterações a nível cognitivo ou na capacidade em realizar algumas atividades, tornando a situação de cuidados muito mais complexa e originando maior preocupação em tentar responder às necessidades de ambos.

O recurso a instrumentos de avaliação não é utilizado (80%), quem menciona usá-los (20%) refere que pontualmente utiliza os instrumentos de avaliação

disponíveis no programa informático (índice de Barthel e índice de Lawton), no entanto, não os conhece profundamente.

Quando questionados acerca da existência de dificuldades na avaliação referem considerar complicado detetar as suas necessidades, sendo mesmo fundamental uma “entrevista” com questões chave. Também julgam difícil saber se o CI reúne condições para o ser devido à sua diminuição na capacidade de apreensão, memória e destreza. Além do mais, revelam necessidade de informação acerca da realização de uma avaliação adequada e também mencionam como entrave a falta de tempo para o efeito. No que respeita às intervenções de enfermagem, devem ser adequadas às necessidades detetadas e destacam: comunicação empática, escuta ativa, favorecer a expressão de sentimentos, informação promotora de saúde, apoio na adaptação a novas realidades de cuidado, comunicação com família/vizinhos, articulação com a equipa multidisciplinar.

A aplicação deste questionário serviu a finalidade de compreender qual a realidade de cuidados e identificar quais as necessidades formativas da equipa, comparativamente com o que a literatura evidencia. Deste modo, apenas faria sentido realizar a sessão de formação após a análise dos questionários.

Se bem que a fase de aplicação e análise dos questionários e a sessão de formação tenham sido adiadas relativamente ao antevisto, decidiu-se não protelar demasiado o começo da elaboração do guião orientador, tendo-se iniciado nesta semana com a colaboração da equipa.

✓ **Sessão de formação à equipa de enfermagem.**

A formação em serviço tem uma importância considerável, pois mobiliza conhecimentos adquiridos e representa um meio de reflexão na ação, na qual todos devem participar, sendo facilitadora na estratégia de mudança de comportamentos e atitudes e no adquirir de novas formas de pensar e racionalizar as práticas de cuidados prestados, contribuindo para a sua melhoria contínua (Tojal, 2011).

Dias (2004), no seu estudo qualitativo, conclui que a formação em serviço contribui para a melhoria das práticas pois desenvolve a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados prestados, apresentando-se como a melhor forma de trabalhar em torno da resolução dos problemas reais, nos próprios contextos de

trabalho. Salaria que a sua eficácia parece estar dependente das estratégias de motivação e planeamento do formador e do seu desempenho.

O estudo de Tojal (2011) demonstra que as estratégias que os enfermeiros consideram prioritárias, para melhorar a eficácia da formação em serviço, passam por abordar temas de interesse atual e adequados à sua realidade, a formação de carácter prático com a ação baseada na investigação, além disso, por envolver a equipa na tomada de decisão do projeto e na sua consecução e motivando-a com a existência de reforços positivos pelo empenho.

Tendo em linha de conta a identificação das necessidades formativas realizada e com o propósito de envolver, motivar e capacitar a equipa para o desenvolvimento do projeto optou-se então pela realização de uma sessão de formação no serviço.

Elaborou-se o plano da sessão que se intitulou de “Avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência” (Apêndice VII). Como habitual e pelas razões anteriormente referidas, programou-se e divulgou-se a sua realização à equipa multidisciplinar, sendo reservada a sala de reuniões da direção do ACES. Porém, no próprio dia fui informada que não estaria disponível. De modo a cumprir o planeado teve que se reorganizar a sua realização. Estando apenas disponível um pequeno gabinete para o efeito, decidiu-se efetuá-la, apenas com a equipa de enfermagem, usando como recurso material o computador pessoal.

Esta teve lugar a 12 de Dezembro de 2014 pelas 14h, com a finalidade de desenvolver a capacitação da equipa para uma avaliação e intervenção sistematizada, objetivando aprofundar conhecimentos acerca da temática, indo ao encontro das necessidades verificadas.

No seu desenvolvimento recorreu-se a uma metodologia expositiva, reportando sucintamente o resultado da análise dos questionários aplicados e abordando os princípios fundamentais e as considerações gerais na avaliação do CF. Posteriormente, para expor especificamente como desenvolver a avaliação do CI, escolheu-se uma metodologia demonstrativa. Distribuiu-se a versão do guião de avaliação realizado com a colaboração da equipa até o momento, recapitulando os domínios a avaliar e o propósito dos instrumentos de avaliação a aplicar, explanando a sua forma de preenchimento. Nesta altura, a equipa foi informada de que o guião iria ser submetido a um período experimental de uma semana, durante o qual, de acordo com a disponibilidade de horário, iria participar nas VD's realizadas, por

forma a demonstrar iniciativa e disponibilidade para ajudar nas dúvidas que posteriormente pudessem surgir, aquando a sua operacionalização.

De seguida, expôs-se quais as principais intervenções de enfermagem dirigidas ao CI, despertando a atenção para a relevância de uma intervenção estruturada baseada na evidência científica.

Subsequentemente, usou-se o método participativo estimulando nos enfermeiros um olhar crítico sobre a sua prestação de cuidados, incentivando à reflexão conjunta na ação acerca da problemática, de forma a facilitar a partilha de experiências e conhecimentos, tendo sempre subjacente, a estratégia de motivar e envolver a equipa de enfermagem com vista à sua colaboração na continuidade do projeto.

Os enfermeiros partilharam algumas experiências da sua prática clínica e reafirmaram a pertinência e adequação do projeto tendo em conta as dificuldades com que se deparam ao cuidar do CI, idoso com dependência e restante família quando existente. Por esse facto, manifestaram a necessidade de iniciar com maior empenho e sistematização a recolha de dados subjacente a uma avaliação e intervenção de enfermagem individualizada.

Nenhum elemento conhecia as escalas de avaliação do CF, no entanto, todos as consideraram como uma ferramenta que conferia objetividade à avaliação e intervenção, pelo que assumiram o desafio e compromisso de as aplicar. Nesta partilha, surgiu a dúvida se deveriam ser todas aplicadas, pelo que me comprometi a elaborar um algoritmo de decisão.

A avaliação da formação deve ser encarada como um instrumento que possui uma função pedagógica, uma vez que conduz os formandos à reflexão sobre a sua qualidade, o que permite a sua correção por parte do formador, se for necessário (Tojal, 2011). No final foi entregue um questionário de avaliação final da sessão de formação, utilizado na USF, na qual a mensuração apresenta-se numa escala de *Lickert* de 1 (muito baixo) a 5 (muito elevado).

Na sessão estiveram presentes 5 enfermeiros, o que representa 100% da equipa de enfermagem. Relativamente à importância que atribuíram ao contributo desta sessão no seu trabalho diário e desenvolvimento pessoal, 1 elemento (20%) considerou elevado e 4 (80%) muito elevado, quanto ao contributo para a excelência na sua equipa 5 (100%) julgaram muito elevado. No que respeita à duração da sessão, importância do tema, método de aprendizagem, aquisição de novos

conhecimentos, competência do formador e apreciação global, a equipa foi unânime (100%) ao achá-la num nível muito elevado (Apêndice IX). Como habitual, a sessão de formação foi enviada por correio eletrónico a toda a equipa multidisciplinar.

5.2.3 Intervenção como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário

✓ Elaboração de um guião orientador para a avaliação e intervenção ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência

Tendo por objetivo sugerir orientações de atuação sistemáticas e uniformes definiu-se como atividade a elaboração de um documento orientador da prática de cuidados de enfermagem baseado na evidência científica. O Guião orientador intitular-se-ia “Avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência” (Apêndice VI).

Na prática clínica direcionada para o cuidado de enfermagem ao CF deve estar implícito um programa estruturado de intervenção que inclua a avaliação do CF, realizada de forma estruturada e sistematizada, que saliente o carácter pessoal e subjetivo da experiência e mensurada por instrumentos de avaliação (FCA, 2006a).

Relativamente à componente de avaliação do CF, alguma literatura estrangeira e portuguesa tem-se dedicado à temática. Os documentos consensuais de avaliação do CF criados pela FCA (2006a, 2006b): “*Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change volume I*”, “*Caregivers count too!*”- nível de evidência VI; e a *guideline* baseada na evidência científica para a prática de enfermagem para identificar estratégias viáveis para monitorizar e fornecer suporte ao CF, revista e testada pelo programa *Nurses Improving Care for Health system Elders* (NICHE): “*Family Caregiving*” - nível de evidência I a VI (Messecar, 2012), serviram de pedra basilar para a conceção e estruturação do Guião orientador. De seguida esclarecem-se as escolhas efetivadas na sua elaboração.

Não havendo na literatura científica referências à avaliação do CF que é idoso, utilizou-se documentação referente ao CF em geral, visando a especificidade do CI, mediante inclusão de instrumentos de avaliação geriátricos quando apropriado.

Por conseguinte, na dimensão bem-estar, que sugere a avaliação da depressão, salientando a peculiaridade do idoso, optou-se pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage- versão curta (GDS-15).

Na dimensão percepção do CF relativamente à capacidade funcional do idoso com dependência, usou-se o índice de Barthel e Índice de Lawton (Sequeira, 2007).

Na dimensão competências do CF, Figueiredo (2012) no seu estudo em contexto de CSP, no que concerne à avaliação do papel de prestador de cuidados, esquematiza as dimensões maioritariamente aplicáveis quanto ao conhecimento do papel (conhecimento/aprendizagem de habilidades do CF) e comportamentos de adesão, pelo que se optou por se basear nos seus resultados neste âmbito.

Selecionaram-se instrumentos de avaliação do CF na prática clínica, traduzidos e validados para a população portuguesa: Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI), Índice para avaliação das fontes de satisfação do prestador de cuidados (CASI), Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades, ou seja, das estratégias de *coping* (CAMI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a); Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010a, 2010b). Para a utilização destes instrumentos foi pedido por correio eletrónico autorização ao Professor Doutor Carlos Sequeira (Anexo II).

Por forma a contribuir para a prática sistematizada e baseada na evidência científica na equipa de enfermagem, mediante a revisão de literatura efetuada, elaborou-se o Guia orientador para a intervenção de enfermagem, detendo linhas de orientação para formular os diagnósticos, os resultados e intervenções de enfermagem, tendo em conta as prioridades de saúde selecionadas para o idoso que cuida, emergindo os focos de enfermagem: Papel de cuidador familiar e Sobrecarga do cuidador familiar (Sequeira, 2010a; Figueiredo, 2012).

Além disso, como acordado no dia da formação em serviço com a equipa, criou-se um algoritmo de tomada de decisão referente à avaliação e intervenção relativas ao exercício do papel do CF e à aplicação dos instrumentos de avaliação do CF e, respetivo uso, consoante os resultados, na prática clínica. Estes foram adaptados da investigação de Sequeira (2010a).

Este autor elaborou um “Modelo explicativo de repercussões positivas e negativas associadas ao cuidar”, com um interesse significativo para a prática clínica, facilitando o diagnóstico precoce das repercussões pois permite identificar as

variáveis com valor prognóstico, possibilitando a adoção de estratégias preventivas capazes de minimizar as dificuldades. Sumariamente, as dificuldades avaliadas através do CADL apresentam elevada correlação significativa com a ESC, sugerindo que a existência de maiores dificuldades é habitualmente sinónimo de maior sobrecarga. Similarmente, o CAML apresenta um elevado valor prognóstico para o CASL e vice-versa, logo as intervenções que incidam nas estratégias de *coping* ou na satisfação terão repercussões mútuas. Consequentemente, em termos clínicos é aconselhável que se preste elevada atenção às dificuldades do CF, como estratégia para a prevenção e/ou diagnóstico precoce da sobrecarga (Sequeira, 2010a).

Por dúvidas, no que se refere ao uso adequado dos instrumentos de avaliação e construção do algoritmo de decisão, enviou-se correio eletrónico ao Prof. Dr. Carlos Sequeira que prontamente colaborou enviando sugestões.

Ao longo da elaboração dos guias solicitou-se e promoveu-se a participação da equipa disponibilizando os documentos pesquisados e as versões dos guias que foram sendo construídas. Para manter o trabalho desenvolvido sempre disponível e acessível a toda a equipa criou-se um dossiê identificado com o título do projeto. Os enfermeiros aceitaram o desafio de participar na elaboração do guião sobretudo mediante a sua análise com um olhar crítico e sugestão de melhorias. Estando sempre recetível a contributos e sugestões, algumas foram as alterações realizadas. A fase de ultimação da versão final do guião coincidiu com a realização da sessão de formação em serviço.

Assumiu-se como etapa seguinte a sua submissão a um período experimental prévio à sua implementação efetiva. Este teve a duração de uma semana, pelo que acompanhei 4 enfermeiros nas VD's, apoiando no próprio local a sua aplicação.

Para o êxito da sua implementação e para o desenvolvimento de competências no seio da equipa neste âmbito, demonstrei disponibilidade em acompanhar e apoiar os enfermeiros no dia-a-dia, intentando esclarecer dúvidas e ajudar a ultrapassar as dificuldades verbalizadas. Também fui solicitando a apreciação geral da equipa. Quanto a sugestões, houve a proposta de mudança da ordem das dimensões a avaliar, por fazer mais sentido no decorrer da entrevista semidiretiva ao CI; acrescentar no final de cada parte espaço para escrita livre, caso o profissional quisesse acrescentar algo relevante, ao mesmo tempo podendo contribuir para adições futuras ao guião.

✓ **Implementação das intervenções de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência.**

Durante 6 semanas, a partir do dia 15 de Dezembro de 2014 até à data de 6 de Fevereiro de 2015 (com interrupção para férias do Natal, de 22.12.2014 a 4.01.2015) realizou-se a aplicação da avaliação e implementação de intervenções de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência (Apêndice XI). Um dossiê específico foi organizado, com alguns exemplares para os enfermeiros levarem consigo durante as VD's. Para minha monitorização, foi anexado ao dossiê, na primeira página, uma tabela de registo das pessoas acompanhadas em programa de VD nesse período de tempo, na qual constava a sua idade e se, apresentando algum grau de dependência nas ABVD/AIVD, tinham um CF e qual a sua idade.

Na USF toda a equipa de enfermagem efetua VD's, diariamente uma equipa de 2 enfermeiros está escalada, em dias fixos semanalmente. Por uma questão de organização da atividade da equipa não é possível ser sempre o enfermeiro de referência a realizar a VD.

Nesta fase, a cada "primeira" VD, os enfermeiros analisavam se as pessoas alvo de cuidados cumpriam, os critérios de inclusão (ou exclusão) no projeto.

À população elegível, ou seja, os cuidadores idosos da pessoa idosa com algum grau de dependência, a quem era realizada VD de enfermagem foi pedido consentimento informado oral para a realização da avaliação e intervenção ao CI da pessoa idosa com dependência. As informações recolhidas serviam o objetivo principal de o ajudar, fornecendo a base para o enfermeiro, em parceria com este, planear cuidados individualizados, promovendo a manutenção da sua saúde e bem-estar. A partir do momento em que eram elegíveis e demonstravam aceitar a intervenção de enfermagem preconizada, iniciava-se a sua implementação. A avaliação e intervenção deveriam ser mantidas pelo mesmo enfermeiro, preferencialmente, pelo enfermeiro de referência.

Como indicador de resultado desta atividade determinara-se antecipadamente uma monitorização semanal da avaliação e intervenção ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência pela equipa de enfermagem e, no final, pelo menos 70% das avaliações e intervenções constantes do dossiê usado nas VD's deveriam estar preenchidos.

Por, na realidade da prática, demonstrar ser um processo extenso, ao invés de uma avaliação semanal conforme predefinido, realizou-se apenas uma avaliação intermédia e uma final. Para obter os resultados subsequentes desta atividade realizou-se a sua avaliação mediante apreciação dos registos efetuados. Visando esse objetivo, criaram-se tabelas de análise com base nas dimensões de avaliação preconizadas e intervenções de enfermagem sugeridas na literatura (Apêndice XII).

Na fase intermédia, existiam 4 processos com várias dimensões avaliadas, verificando-se menor preenchimento relativamente às escalas de avaliação do CF.

Na penúltima semana de estágio, inicia-se a realização da avaliação final do dossiê das VD's, observando-se que, dos idosos a quem se haviam realizado VD, dos 16 CF identificados, 5 (31,3%) tinham idade \geq a 65 anos. Assim sendo, corresponderiam aos critérios de inclusão para avaliação e intervenção de enfermagem, 5 CI's. Em consonância, averiguou-se que estavam aplicados e registados pela equipa 5 (100%) exemplares de avaliação e intervenção de enfermagem ao CI.

De referir que foram 3 (50%) os enfermeiros que iniciaram e deram continuidade à implementação da intervenção recomendada. Contudo, pode considerar-se que toda a equipa participou pois, sendo as VD's realizadas em equipas de 2 enfermeiros, toda a equipa acabou por presenciar e vivenciar todo o processo desenvolvido.

Da sua avaliação, conclui-se que a equipa ao longo do tempo realizou a avaliação de todos os itens de cada domínio. A escala de sobrecarga do cuidador não foi aplicada, no entanto, conforme algoritmo, seria aplicada somente se pertinente. Segundo Sequeira (2010a), as dificuldades destacam-se como indicador por excelência e por valor preditivo mais significativo relativamente às repercussões negativas avaliadas em termos de sobrecarga (ESC), apresentando o CADi um valor prognóstico elevado pelo que a sua avaliação tem um elevado significado preditivo.

Deste modo, tendo em conta estes factos, conclui-se que a adesão da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento da avaliação do CI foi total, com uma percentagem de 100%. Relativamente ao preenchimento da intervenção de enfermagem ao CI, a adesão foi de 0%.

Entre a fase intermédia e final de avaliação decorreu o período no qual maioritariamente foram aplicados os instrumentos de avaliação do CI. Devido a impedimento por analfabetismo ou complexidade manifesta pelos CI relativamente

aos instrumentos de avaliação, estes foram preenchidos de forma integral pelo enfermeiro, o que veio alongar o tempo despendido na sua avaliação. Ao empenhar-se na avaliação do CI, por limitação temporal, não foi possível para a equipa realizar diagnósticos ou implementar intervenções.

✓ Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência

Nesta última fase efetuou-se uma auditoria aos processos individuais constantes do dossiê e, concomitantemente, aos registos realizados pela equipa de enfermagem. Deste modo, procedeu-se à transcrição total e organização da informação que os enfermeiros registaram mediante a aplicação do instrumento de avaliação e intervenção ao CI, por forma a realizar a sua análise estatística e qualitativa.

Utilizando tabelas de frequência e gráficos, analisaram-se os dados obtidos, a fim de caracterizar, repartidamente, as variáveis dos diferentes domínios avaliados: contexto do CI, recursos do CI, perceção do CI relativamente à saúde e capacidade funcional da pessoa cuidada (Índice de Barthel, Índice de Lawton), competências do CI para prestar cuidados, bem-estar do CI (Índice de Barthel, Escala de Lawton, Escala de depressão geriátrica de Yesavage - versão reduzida). E, seguidamente, os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação subjetiva do CI: CADI, CASI e CAMI (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a).

Da apresentação e análise dos registos (Apêndice XIII), verifica-se que a aplicação do instrumento de avaliação e intervenção ao CI permitiu aos enfermeiros conhecer a perspetiva e autoavaliação destes CI's relativamente à situação de cuidados, nos diversos domínios preconizados e quanto às maiores dificuldades percecionadas, quais as estratégias de *coping* mais utilizadas e as principais fontes de satisfação por estes encontradas.

A análise executada requererá de uma leitura mais minuciosa, porém, de forma sucinta, revela-nos que 80% dos CI's têm idade \geq a 75 anos, 60% são do sexo masculino e todos (100%) são casados e coabitam com a pessoa idosa com dependência, que é seu cônjuge. A maioria dos CI's (80%) assumiu este papel por vontade própria, exercendo-o há mais de 10 anos e 60% dos CI's afirmam cuidar entre 18 a 24 horas por dia. A existência de um CF secundário é referida por 40%

dos CI's e todos os CI's (100%) usufruem de algum tipo de apoio formal. O apoio social é classificado de bom (20%) a muito bom (40%) por 60% dos CI's.

Relativamente à avaliação da capacidade funcional do cônjuge do qual cuidam, 80% são considerados severamente dependentes, necessitando de muita ajuda nas AIVD e 60% são ligeiramente dependentes nas ABVD.

Quanto à avaliação da capacidade funcional do CI, 100% dos CI's apresentam dependência moderada, necessitando de uma certa ajuda nas AIVD. Nas ABVD, 60% dos CI's são independentes e 40% apresentam uma dependência ligeira.

Os CI's referem ter uma boa (80%) e muito boa (20%) confiança e competência nos cuidados que prestam. Todos os CI's (100%) percebem possuir o conhecimento necessário para efeito, contudo, no âmbito de alguns autocuidados, não detêm a capacidade instrumental necessária para ajudar ou substituir o idoso.

A maioria dos CI's (60%) percebe o seu estado de saúde como mau e que, relativamente há 6 meses, está igual. Todos os CI's (100%) relatam algum problema de saúde e 40% alegam alterações emocionais. Segundo a escala de depressão geriátrica de Yesavage, em 3 CI's (60%) é detetada uma depressão ligeira.

Da análise dos instrumentos de avaliação do CF emerge que os CI's não percebem um nível elevado de dificuldades, as poucas (10%) que causam alguma ou muita perturbação a mais de 60% dos CI's, integram os fatores do CADI "exigências de ordem física da prestação de cuidados" e "reações à prestação de cuidados". Das principais estratégias de *coping* que o CI utiliza para superar as dificuldades 57,8% são utilizadas com um adequado/bom grau de eficácia por 60% ou mais dos CI's. Constatou-se que as mais utilizadas estão relacionadas com o "lidar com os acontecimentos/resolução de problemas". Analisando as fontes de alguma ou muita satisfação nas diversas categorias, observa-se que 66,6% são utilizadas por 60% ou mais dos CI's e que as principais fontes de satisfação encontram-se nas subcategorias que têm como principal beneficiário a pessoa com dependência.

De um modo global, a percepção da existência de múltiplas fontes de satisfação no cuidar, pode estar relacionado com utilizarem com eficácia diversas estratégias de *coping* e, por sua vez, com um menor índice de dificuldades.

Na última semana de estágio, tendo em conta os resultados obtidos e todo o percurso desenvolvido, durante uma reunião da equipa de enfermagem, também se

auscultou a equipa acerca da mais-valia do projeto e de sugestões a desenvolver. Como refere Gomes (2009), analisar as práticas é dissecá-las, desmontá-las, refletir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e agir em conformidade.

A interação com a equipa pautou-se pela partilha de críticas construtivas possibilitando estimular a reflexão em grupo. A equipa considerou, de forma global, a experiência positiva, no sentido do desenvolvimento de competências para uma intervenção de enfermagem individualizada ao CI, com a mais-valia de se poder adaptar esta avaliação e intervenção a cuidadores familiares não idosos.

Relataram que no decurso de cada VD, sendo o instrumento de avaliação e intervenção ao CI extenso, a recolha de dados revelou-se demorada. No entanto, consideraram que, trabalhando em CSP, havendo o papel de enfermeiro de referência e a possibilidade de realizar múltiplas VD's, não se constituiria um entrave a longo prazo. Assim, manifestaram expectativa de, no futuro, conseguir ir aplicando o instrumento de avaliação e colocar em prática a respetiva intervenção de acordo com o guião elaborado para o efeito, com vista a uma adequada tomada de decisão, planificação e avaliação dos cuidados prestados aos seus utentes.

Durante este período, tudo foi realizado em formato papel, também devido a durante este estágio o programa informático da USF ter sido mudado e existirem dificuldades na sua utilização. Posto isto, os enfermeiros, relativamente ao registo informático da avaliação realizada, demonstraram indícios de complexidade na sua operacionalização no novo sistema de informação Medicine One[®]. Para a essencial documentação dos registos de enfermagem no programa utilizado no serviço, produziu-se ainda um documento para facilitar o processo no futuro, o qual foi acrescentado ao guião elaborado. Neste, demonstram-se os locais onde se deverá registar a informação colhida e quais as intervenções de enfermagem que a equipa deverá selecionar como “favoritas”.

As atividades realizadas e os resultados obtidos ao longo da implementação do projeto de intervenção na USF para a capacitação da equipa de enfermagem para cuidar o CI da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário, envolveram: a análise da evidência científica e das práticas como ponto de partida para a sua conceção e planeamento com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados;

a elaboração de um guia orientador com recurso a instrumentos de avaliação; a disseminação dos conhecimentos relativos à temática; a realização de auditorias aos registos e avaliação dos resultados; o desempenho de um papel dinamizador e de liderança no seu processo de implementação, supervisionando-o, motivando a equipa e favorecendo o processo de mudança e inovação da prática neste âmbito, entre outras. Desta forma, estimularam o desenvolvimento das várias competências comuns de enfermeiro especialista, principalmente no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2010) e, complementarmente, de competências específicas de especialista na vertente pessoa idosa, especialmente no cuidado ao CI.

Além disso, a aquisição de uma especialização de natureza profissional, mediante realização de um conjunto de unidades curriculares e um estágio de natureza profissional, corresponde ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre. O desenvolvimento da capacidade para: integrar e aplicar conhecimentos; compreender e avaliar a complexidade das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde da pessoa idosa e família em diversos contextos; demonstrar competências clínicas especializadas expressas no adequado julgamento clínico e tomada de decisão tendo sempre em conta as implicações éticas e sociais; desenvolver uma prática de investigação promovendo cuidados de enfermagem baseados na evidência científica e otimizar uma aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado e/ou autónomo, implicaram o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa (DL n.º 74/2006).

5.3. Considerações éticas e legais

Cuidar é uma atividade complexa que nos remete para alguns princípios éticos fundamentais, pelo que as intervenções de enfermagem foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, tendo sido suportadas pelo descrito no código deontológico do enfermeiro (OE, 2009b).

Foi salvaguardada a confidencialidade das informações obtidas. Para todos os locais de estágio foi solicitada autorização às entidades envolvidas. Para o uso de instrumentos de avaliação do CF solicitou-se a autorização ao autor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O envelhecimento e o aumento da longevidade da população constituem na atualidade um motivo de preocupação e representam grandes desafios. Associando-se ao aumento do risco de doenças crônicas e incapacitantes, podem acarretar uma diminuição na funcionalidade na pessoa idosa e a imprescindibilidade de um CF que a ajude na realização das ABVD/AIVD. Consoante demonstrado, o CF da pessoa idosa com dependência ser igualmente idoso, tende a ser uma realidade cada vez mais presente, justificando a pertinência do projeto desenvolvido.

Como uma importante estratégia para dar resposta a este e outros desafios que o envelhecimento representa, realça-se a necessidade e importância do papel do enfermeiro especialista na pessoa idosa uma vez que detendo um conhecimento aprofundado nesse domínio, apresenta competências acrescidas para prestar cuidados de excelência a esta população e, complementarmente, promover a capacitação de outros profissionais, nomeadamente através de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa idosa e família.

A problemática desenvolvida conduz a novas exigências em particular aos enfermeiros dos CSP já que a prestação de cuidados em contexto ambulatorio e/ou domiciliário oferece a oportunidade de um acompanhamento contínuo e de forma mais humanizada da díade cuidador idoso e do idoso com dependência.

Neste desígnio, torna-se primordial uma intervenção individualizada de enfermagem na qual, para além da pessoa idosa com dependência, haja também o foco de atenção para o cuidador idoso. Mediante a construção de uma relação de parceria, os enfermeiros devem dar resposta às necessidades específicas, desenvolvendo ações que visem a promoção, manutenção e recuperação das capacidades e potencialidades em si existentes, no sentido de promover o autocuidado e ajudar no desempenho do papel de cuidador. Igualmente, favorecendo uma articulação com a equipa multidisciplinar e entre outros níveis de cuidados de saúde e de apoio social existentes, para que a efetiva continuidade de cuidados necessários seja uma realidade e para que os CI se sintam apoiados e envolvidos nesse processo.

A metodologia adotada na implementação deste projeto mostrou-se adequada e relevante para desenvolver competências na prática clínica e para capacitar os enfermeiros no cuidado ao cuidador idoso.

O seu desenvolvimento contribuiu para a reflexão crítica das práticas mediante integração da pesquisa com a realidade da prática clínica. Nesta lógica, repercutiu-se no maior conhecimento, sensibilização e formação dos enfermeiros acerca da problemática do CI, proporcionando uma mudança inovadora no pensar sobre a sua ação neste âmbito, visando dar sentido ao que os enfermeiros fazem na sua prática.

A criação de um documento orientador para a avaliação e intervenção ao CI da pessoa idosa com dependência, em conjunto com a equipa de enfermagem, dotado de um conjunto de instrumentos de avaliação do cuidador idoso, facilitará a sua avaliação de forma estruturada e sistemática pelo enfermeiro e, o planeamento e implementação de intervenções mediante linhas de orientação específicas, tendo por base a evidência científica.

Na implementação da avaliação do CI, os enfermeiros passaram a procurar junto do CI conhecer mais profundamente o seu contexto de vida e de cuidados, permitindo a oportunidade de deter uma visão mais integral da díade cuidador idoso/pessoa idosa cuidada, da sua família e da comunidade onde estão inseridos.

O conjunto das informações obtidas constitui um elemento essencial que permitirá traçar, de forma objetiva, um plano individualizado e diferenciado de cuidados, de acordo com as necessidades específicas percecionadas e os recursos disponíveis.

Considera-se por isso, uma mais-valia para a equipa, na medida em que a aplicação deste guia ajudará a estabelecer a avaliação e intervenção dirigida ao CI como uma componente da prática clínica neste contexto, servindo igualmente como ferramenta de avaliação e monitorização da intervenção desenvolvida, no sentido de capacitar o cuidador para o autocuidado de ambos e prevenir as repercussões negativas associadas ao cuidar. Também melhorando o bem-estar e a qualidade de vida de ambos, contribuindo assim para ganhos em saúde para a população e concomitantemente para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Como um aspeto positivo neste percurso incluiu a oportunidade de ter estagiado em diversos locais, amplificando competências para a prática clínica em variados contextos, reforçando a mais-valia de, em ambiente hospitalar, ter sido orientada por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa

idosa. Por outro lado, a implementação do projeto no meu local de trabalho considero ter facilitado a aceitação e adesão ao mesmo pelos enfermeiros.

No processo de implementação do projeto verificaram-se algumas dificuldades que, de alguma forma, influenciaram a sua concretização pela equipa. Todavia, estas limitações foram consideradas como momentos de crescimento e aprendizagem, pois facilitaram a ampliação de características pessoais, como a perseverança, na procura de soluções e estratégias que permitissem a sua adequada continuidade.

A adesão da equipa de enfermagem à realização da avaliação do CI foi total, estando patente em 100% dos registos de enfermagem analisados, ao inverso da implementação de intervenções na qual se verificou uma taxa de 0%. O tempo usado na aplicação do guião de avaliação, especialmente nas escalas de avaliação, foi superior ao previsto. Mais tempo precisar-se-ia para implementar a totalidade do projeto planeado, em concreto, a utilização do guião orientador da intervenção de enfermagem ao CI. Serve como aprendizagem para futuros projetos esboçar atividades mais realistas de acordo com o tempo disponível para a sua efetivação.

Posto isto, objetivando a continuidade do trabalho realizado pretendo continuar a motivar e apoiar a equipa também no sentido da implementação das intervenções. Igualmente a realização de novas análises aos registos elaborados pela equipa, por forma a monitorizar os resultados obtidos e planear as estratégias necessárias para a manutenção desta boa prática; além da avaliação do impacto dos planos de cuidados traçados, tendo por base os instrumentos de avaliação utilizados, esperando demonstrar os contributos que este projeto pretendeu alcançar.

Sendo uma temática ainda pouco estudada, a pouca literatura dirigida ao CI, é perspetivada como outro aspeto limitativo mas, afigurando-se como cada vez mais importante, simultaneamente favorável no sentido de avivar à continuidade de investigação neste campo específico. Nesta lógica, o trabalho desenvolvido representa um modesto contributo nesta área.

Este desafio configurou-se como enriquecedor e gratificante no aspeto académico, constituindo um importante momento de aprendizagem a diversos níveis mas também de crescimento pessoal e profissional, oferecendo-me a oportunidade de desenvolver competências de cuidado especialmente ao cuidador idoso.

Além de aspirar o despoletar da reflexão acerca de como os enfermeiros podem cuidar do CI e a lançar o repto para a avaliação e planeamento de intervenções dirigidas ao CI de modo sistematizado, consciente de que muito ainda há a fazer e podendo contribuir para a mudança em conjunto com outros profissionais, é também uma motivação para continuar a explorar esta problemática. Por exemplo, considero que seria interessante para um futuro projeto de investigação, amplificar o trabalho desenvolvido neste estágio e caracterizar em maior escala, o perfil dos cuidadores idosos e das pessoas idosas com dependência das quais cuidam, pertencentes à USF, quanto ao contexto de prestação de cuidados e às repercussões associadas.

Concluindo, creio que esta etapa não se constitui como um final mas sim como um início, de um olhar diferente e diferenciado relativamente à pessoa idosa.

Ao desiderato de que o enfermeiro especialista na pessoa idosa, tendo em conta o envelhecimento da população, tornar-se-á cada vez mais essencial, alia-se o facto de exercer cuidados em contexto CSP. Assim sendo, não posso deixar de contemplar o meu papel numa perspetiva de prevenção da doença/promoção da saúde e de um envelhecimento ativo, na gestão da doença ou incapacidades da pessoa idosa. Também na sinalização de famílias que cuidam de idosos com dependência no sentido de as ouvir, apoiar e tentar dar respostas às suas necessidades, ajudando-os a desempenhar esse papel e a adaptarem-se da melhor forma possível às mudanças decorrentes dessa condição.

Relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, perspetivando a indispensabilidade de uma aprendizagem e desenvolvimento de competências contínuo, torna-se vital expandir conhecimentos assentes na evidência científica, operacionalizando novos projetos, continuando a tentar ser um elemento influenciador e de recurso para os colegas. Conjuntamente, procurando a mudança de comportamentos, potenciando a tomada de decisão e intervenções especializadas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito, objetivando, além de uma obtenção de ganhos de saúde, o reconhecimento do seu contributo essencial para a saúde das pessoas, famílias, grupos e comunidade.

Analisando todo o percurso efetuado, as ferramentas adquiridas e acrescidas durante o percurso académico, a contribuição deste projeto para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em EMC vertente da pessoa idosa e,

na equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados ao cuidador idoso, concluo ter atingido os objetivos aos quais me propus.

O Modelo Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem mostra que poderemos alcançar a especialização graças à experiência, pelo que, o enfermeiro atinge o nível de perícia após trabalhar mais de seis anos num domínio (Benner, 2001). Neste sentido, considero encontrar-me no estado proficiente uma vez que compreendo de forma global as situações, tendo melhorado o processo de decisão. Desta forma, espero daqui a uns anos poder considerar-me perita, sendo este percurso académico e profissional o ponto de partida nesse sentido.

Além disso, almejo que mediante aprovação a todas as unidades curriculares e no ato público de defesa deste relatório de estágio, me seja conferido o grau de mestre em enfermagem na área de especialização médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45(4), 869-875. **DOI:** 10.1590/S0080-62342011000400011.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2539-2546. **DOI:** 10.1111/J.1365-2702.2008.02685.x
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, M. O. M. (2011). *Idoso que cuida de idosa*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Braz, E. & Ciosak, S. I. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 13 (2), 372-377. Acedido a 10 de Junho de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>.
- Brito, M. L. S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781. **DOI:**10.1590/S0102-311X2003000300009.
- Carvalhais, M. D. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.

- Carvalhais, M. D. & Sousa, L. (2007). Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 9(3), 596-616. Acedido a 12 de Setembro de 2014. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>.
- Carvalhais, M. D. & Sousa, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (3), 75-84. **DOI:** 10.12707/RII1058.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Costa, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Cruz, D. C. M., Loureiro H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (2), 127-136. **DOI:** 10.12707/RIII1018.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série A, N.º 60 (24-03-2006), 2242-2257.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série, N.º 161 (22-08-2007), 5588-5596.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República I Série, N.º 38 (22-02-2008), 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Ministério da Saúde cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade social e da Saúde. Diário da República I Série, N.º 109 (18-12-2006), 3856-3865.

- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Regulamento da Organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, II Série, N.º 74 (16-04-2009), 15438-15440.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.
- Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Escola Enfermagem USP*. 39 (1), 97-102. **DOI:**10.1590/S0080-62342005000100013.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangbè, M. & Caron, C.D. (2005). Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal of Nursing Studies*. 43, 567–579. **DOI:**10.1016/j.ijnurstu.2005.07.007.
- Ekwall, A. K. & Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 832-844. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2006.01382.x.
- Faison, K., Faria, S. & Frank, D. (2000). Caregivers of chronically ill elderly: perceived burden. *Journal of community health nursing*. 16(4), 243-253. **DOI:** 10.1207/S15327655JCHN1604_4.
- Family caregiver alliance (2006a). *Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change*. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf.
- Family Caregiver Alliance (2006b). Caregivers count too! A Toolkit to Help Practitioners Assess the Needs of Family Caregivers. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/Assessment_Toolkit_2_0060802.pdf.
- Figueiredo, D. M. P. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Green, S. B. (2008). Significance of the Philosophy of Family-Centered Care in the Pediatric Clinical Setting. *School of Nursing Scholarly Works*. Acedido a 9 de Maio de 2014. Disponível em http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Imaginario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Census 2011. Resultados Definitivos Portugal*. Lisboa: INE.
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional - Três dimensões a explorar. *Pessoal*. (60), 60-63. Acedido a 23 de Abril de 2014. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I. & Moraes, C. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016. Cuidados continuados Integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Acedido a 10 de Novembro de 2014. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 12, 1-116. DOI: 10-1-113108 / ijic2012-133.

- McCormack, B. & McCane, T. V. (2006). Development of a framework for person centred nursing. *The Authors. Journal compilation.* 472-479.
- McGarry, J. & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life: a qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing.* 33(2), 182-189.
DOI: 10.1111/j.1365-2648.2001.01651.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar- Uma estrutura para a terapia Familiar.* Porto Alegre: Artmed Editora.
- Messeccar, D. C (2012). *Family Caregiving.* In Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. editor(s). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. (469-499). New York: Springer Publishing Company. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43925>.
- Ministério da Saúde (2007). *Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários.* Acedido a 26 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>.
- Monteiro, M. C., Santos, O. & Costa, M. C. (2013). Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal. *Biomedical and biopharmaceutical research.* 10(2), 163-178. Acedido a 26 de Outubro de 2014. Disponível em http://www.biomedicalandbiopharmaceuticalresearch.com/images/Article2_10n2.pdf.
- Moreira, M. D. & Caldas C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 11 (3), 520-525.
DOI: 10.1590/S1414-81452007000300019.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2009a) *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro.* Acedido a 26 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Código Deontológico do Enfermeiro: inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado no anexo da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro de 2009*. Acedido a 30 de Setembro de 2014. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. (Dr.^a H. Castro, Trad.). E-publicação. (2013, Genebra: International Council of Nurses, ICN). Acedido a 14 de Novembro de 2014. Disponível em:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>

Organização Mundial da Saúde (2004) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-geral da saúde. Acedido a 18 de Setembro de 2014. Disponível em

http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Mosby.

Organização das Nações Unidas (2002). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Acedido a 14 de Novembro de 2014. Disponível em

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>

Pinto, C. V. D. T. (2008). *Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.

Ribeiro, O., Paúl, C. & Nogueira, C. (2007), Real men, real husbands: Caregiving and masculinities in later life. *Journal of Aging Studies*. 21, 302–313. **DOI:** 10.1016/j.jaging.2007.05.005.

Rodrigues, S. L. A., Watanabe, H. A. W. & Derntl, A. M (2005). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista Escola Enfermagem USP*. 40(4), 493-500. **DOI:** org/10.1590/S0080-62342005000100013.

- Ruivo M.; Ferrito C. & Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos* (5), 1-37.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel. Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série (12), 9-16. Disponível em http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2173&pesquisa.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 22 (3-4), 491-500. **DOI:** 10.1111/jocn.12108.
- Silva, A. L., Teixeira, H. J., Teixeira, M. J. C. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, 792–803. **DOI:** 10.1111/scs.12019.
- Sousa, A. A. M. (2011). *Quando o cuidador é idoso: impacto físico, emocional e social do cuidador informal idoso*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Cuidados Familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Vieira, G. B., Alvarez, A. M. & Girondi, J. B. R. (2011). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 13(1), 78-89. **DOI:** org/10.5216/ree.v13i1.8719.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca

World Health Organization (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*.
Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

**Anexo I – Autorização para implementação do projeto pela
Diretora Executiva do ACES**

ARSLVT, I. P.
ACES LISBOA
ENTRADA DE DOCUMENTOS
Nº 8634 em 20/11/2014
A Funcionária
Filipa

Autorizo a
inf. do Sr. Enf. do
C. Clínico

21/12/2014

Do Sr. Enf.

p/a enfermeira

Exma. Sr.ª Diretora Executiva

ACES Lisboa

Dr.ª

É de interesse para o
serviço. Não há polígrafo
dos utentes. O
trabalho deve ser
articulado com o pub

a do Desenv de
Progr. de Enferm
em Unidades
Continuadas
Rf 26/11/14

25/11/2014

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de estágio.

Eu, Ana Filipa Simões Lopes da Silva, enfermeira, com o número mecanográfico [redacted] encontrando-me a frequentar o 5.º curso de pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para desenvolver o **projeto de estágio** na Unidade de Saúde Familiar S [redacted] subordinado ao tema: **Cuidar do idoso que cuida: intervenção do enfermeiro especialista**, sob orientação da professora Maria Emília Brito.

O desenvolvimento deste projeto insere-se no estágio que decorrerá de 10/11/2014 a 13/2/2015, previamente autorizado pelo núcleo de qualidade e formação do ACES [redacted] e apresenta como objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos;
- Implementar uma intervenção sistematizada de enfermagem na promoção do cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Deste último objetivo decorrem as seguintes atividades:

- Elaboração e aplicação de questionário de levantamento de necessidades formativas à equipa de enfermagem; sessões de formação; elaboração de um guia de orientação para a avaliação e intervenção de enfermagem ao idoso cuidador (com recurso a escalas de avaliação do cuidador validadas para a população portuguesa); análise dos registos de enfermagem.

De salientar que este é um projeto de intervenção profissional, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e não um projeto de investigação. Além disso, a participação da equipa de enfermagem será voluntária, será

garantida a confidencialidade relativamente às pessoas envolvidas, aos dados fornecidos e recolhidos e à Unidade onde o projeto se desenvolverá.

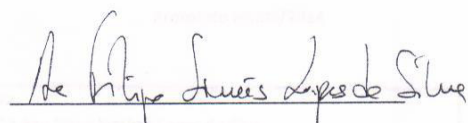
Um exemplar do projeto de estágio e/ou do relatório de estágio final será enviado a V. Ex.ª se considerar de interesse.

Estando disponível para os esclarecimentos que considerar necessários.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

Lisboa, 19 de Novembro de 2014



(Ana Filipa Simões Lopes da Silva)

**Anexo II – Autorização para utilização dos instrumentos
para avaliação do cuidador pelo Prof. Dr. Carlos Sequeira**

Pedido de autorização para utilização dos instrumentos de avaliação do cuidador: CADI; CASI; CAMI; ESC.

Carlos Sequeira <carloossequeira@esenf.pt>

14 de dezembro de 2014 às 23:59

Para: ANA FILIPA SIMÕES LOPES DA SILVA <ana.f.silva@campus.esel.pt>

Exma. Ana Silva, boa noite!

Seguem em anexo os instrumentos utilizados.

Informo que poderá utiliza-los no âmbito do seu trabalho e na sua prática clinica.

Nesse sentido, solicita-se que preencha o documento em anexo (info_utiliza_instrumentos) e o devolva para este email.

Informações relevantes:

Os instrumentos devem ser utilizados na integra e não podem ser adulterados.

Os instrumentos não podem ser utilizados para qualquer fim comercial.

Na utilização dos instrumentos devem fazer referências às obras onde foram publicados e que constam nos instrumentos.

Caso persista alguma dúvida não hesite em contatar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurlD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

<http://www.esenf.pt>

De: ANA FILIPA SIMÕES LOPES DA SILVA [mailto:ana.f.silva@campus.esel.pt]

Enviada: 10 de dezembro de 2014 22:37

Para: carlossequeira@esenf.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização dos instrumentos de avaliação do cuidador: CADI; CASI; CAMI; ESC.

Exmo. Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira,

Sou estudante do 5.º curso de pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste âmbito, encontro-me atualmente a desenvolver um projeto de estágio subordinado ao tema “Cuidar do idoso que cuida: intervenção do enfermeiro especialista” com o objetivo de implementar uma intervenção sistematizada de enfermagem no cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente.

Ao realizar a revisão da literatura li o livro da sua autoria *Cuidar de idosos com dependência física e mental*, no qual consta instrumentos de avaliação do cuidador validados para a população portuguesa: Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI); Índice de Satisfação do Cuidador (CASI); Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI) e a versão portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

A utilização destes instrumentos pela equipa de enfermagem seria da maior pertinência.


Neste sentido, solicito a devida autorização, bem como as indicações necessárias para a sua utilização.


Agradeço antecipadamente pela atenção dispensada.


Ana Filipa Silva


5.º Mestrado em Enfermagem Medico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
E-mail: ana.f.silva@campus.esel.pt


5 anexos

 **escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc**
56K

 **CADI_Sequeira_2007_2010.doc**
72K

 **CAMI_Sequeira_2007_2010.doc**
80K

 **CASI_Sequeira_2007_2010.doc**
70K

 **info_utiliza_instrumentos.doc**
30K

Apêndice I – Diagnóstico de situação na USF

1. Local de Desenvolvimento do Projeto

O projeto será desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar pertencente a um ACES de Lisboa.

A equipa da USF é composta por 7 médicos, 6 enfermeiros, 5 secretários clínicos e 1 assistente operacional, além disso, conta com um assistente social, um psicólogo e um fisioterapeuta em regime parcial, afetos ao ACES respetivo.

A USF tem 12 810 utentes inscritos, dos quais 5 868 (45,78%) são homens e 6 945 (54,22%) são mulheres. Quanto ao nível da estratificação etária verifica-se que a percentagem de população jovem (até aos 14 anos) é de 17,42%; a de população ativa (15-64 anos) é de 65,84% (30,56% homens, 35,28% mulheres) e a de população idosa (≥ 65 anos) é de **16,75%** (6,17% homens, 10,58% mulheres) (Fonte: dados do sistema de informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), disponibilizados pela unidade de apoio à gestão do ACES correspondente, a 30/04/2014).

Além disso, segundo a mesma fonte a 31.12.2013, a população inscrita na USF apresentava um índice de envelhecimento¹ de 94,42.

Segundo os Censos de 2011, a freguesia que representa a área de influência da USF, tem como população residente total 38 102 habitantes (correspondendo a 7% da população da cidade de Lisboa), desta, 20 157 (52,9%) são do sexo feminino e 17 954 (47,1%) são do sexo masculino. Da população residente total, 7 125 habitantes têm 65 ou mais anos (**18,7%**). De referir que, nesta freguesia, 3 496 indivíduos com 65 ou mais anos vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (9,2%). Segundo a mesma fonte, o concelho de Lisboa apresentava em 2011 um índice de envelhecimento de 185,8 (INE, 2011).

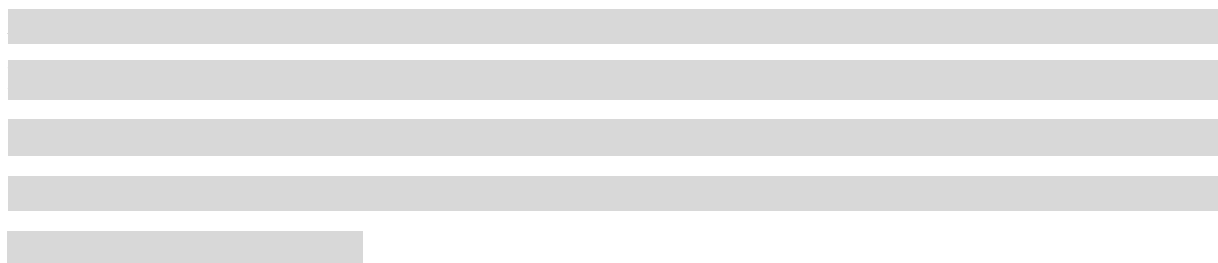
Extrapolando para valores a nível nacional, em Portugal a proporção da população com 65 anos ou mais representa cerca de **19%** da população total e tem-se demonstrado um aumento progressivo da população idosa, tendo em 2011 o índice de envelhecimento da população agravado para 128 e o índice de dependência total para 51,2 (INE, 2011).

No que concerne ao índice de envelhecimento da população inscrita na USF, este é largamente inferior ao que se verifica relativamente ao concelho de Lisboa e de Portugal, sendo justificável pela existência de uma maior percentagem de população jovem e ativa. Contudo, analisando a percentagem de população idosa inscrita na USF e residente na

¹ Índice de envelhecimento: relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2011).

freguesia e os valores do índice de dependência total nestas, verifica-se uma consonância sobreponível à realidade da restante população do país.

Alguma da população inscrita na USF tem acesso a cuidados de saúde e a apoio social por parte de outras instituições locais, nomeadamente em infraestruturas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), em grande parte devido à carência socioeconómica desta população, são fornecidos serviços mediante isenção monetária em algumas áreas (como o apoio domiciliário e o fornecimento de medicamentos). Desta instituição, existem na área Unidades Locais de Saúde com consultas de Enfermagem, de Medicina GF, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Psicologia, Visitas domiciliárias e Apoio social) Para além desta instituição, existem várias Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), a destacar: a



A Junta de freguesia tem uma forte atuação em áreas de cariz comunitário, promovendo políticas de ação social, acompanhando e apoiando a atividade das IPSS e outras instituições de apoio social da freguesia e tendo vários programas de apoio socioeconómico em curso.

Assim, existem na freguesia 4 lares de terceira idade, 3 centros paroquiais e igrejas, 4 centros de dia e 3 serviços de ação social, além de outras coletividades culturais e desportivas.

1.1 Diagnóstico de situação inicial

Nas 1 801 visitas domiciliárias realizadas pela equipa de enfermagem da USF no ano de 2013, 1.495 foram realizadas a idosos com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, representaram 83% do total.

Tendo em conta o projeto que visou realizar definiu-se como amostra para o diagnóstico de situação inicial as pessoas a quem a equipa de enfermagem realizou visita domiciliária no período temporal de uma semana.

Um dos instrumentos de recolha de dados foi um questionário elaborado para recolher dados relativos à visita domiciliária e à caracterização dos sujeitos de cuidados e, em caso disso, dos prestadores de cuidados.

“A avaliação funcional é uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados ao idoso dependente” (Sequeira, 2010, p.43), logo, de modo a avaliar o grau de dependência nas

ABVD e AIVD foram utilizados como instrumentos de avaliação o Índice de Barthel e o Índice de Lawton, validados para a população portuguesa por Sequeira (2007).

A aplicação destes instrumentos de colheita de dados decorreu no período de 25 a 30 de Maio de 2014, em contexto domiciliário, mediante preenchimento por parte de todos os elementos da equipa de enfermagem. Estes foram previamente por mim apresentados, tendo esclarecido as dúvidas surgidas.

Durante esta semana realizaram-se visitas domiciliárias a 14 clientes. Pela análise dos dados recolhidos verificou-se que:

- Relativamente à visita domiciliária, 85,8% foram visitas com vista à continuidade de cuidados.

O pedido de visita domiciliária inicial foi realizado pelos clientes (35,7%) e pelos seus familiares (57,2%) maioritariamente. Os pedidos foram dirigidos ao médico de MGF em 57,2% dos casos e à enfermeira em 42,8%, neste último denota-se que o contato direto com a enfermeira prende-se com o facto de terem já recebido cuidados de enfermagem em contexto domiciliário anteriormente.

Depreendeu-se que o motivo principal que acciona a visita domiciliária são os tratamentos técnicos e curativos de enfermagem: tratamentos de feridas (78,4%), administração de injeções (7,2%), técnica de algaliação vesical (7,2%).

- Do total de 14 clientes, 13 tinham 65 ou mais anos (92,9%), destes, verificou-se que 2 assumiam o papel de cuidadores familiares do cônjuge idoso pelo que se decidiu incluí-los nesta avaliação.

- Relativamente às características sociodemográficas do total de 15 idosos avaliados, 93,4% têm idade superior a 75anos, constituindo-se a média de idades nos 83.8 anos. 53,3% são do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino. A maioria é casada (80%) e residem com o seu cônjuge (60%).

No que concerne à realização das AIVD, apenas 20% são avaliados como independentes, havendo 20% moderadamente dependentes, necessitando de uma certa ajuda e a maioria (60%) severamente dependentes, necessitando de muita ajuda.

Nas ABVD 20% são igualmente independentes, enquanto que 40% são avaliados como ligeiramente/moderadamente dependentes e os outros 40% encontram-se severamente/totalmente dependentes nestas.

A maioria (80%) apresenta algum grau de dependência há mais de um ano, destes, entre 1 a 3 anos 46,7% e há mais de 6 anos 33,3%.

Apesar de 2 idosos (13,3%) serem independentes nas AIVD e ABVD, os restantes 13 idosos apresentaram algum nível de dependência (86,7%) afirmando a necessidade de terem um cuidador familiar (100%).

- Os cuidadores por sua vez, apresentam em média 65 anos, sendo que 61,6% têm 65 anos ou mais, o que revela uma grande percentagem de idosos cuidadores de idosos. Na maioria são cônjuges (53,9%) ou filhos (23%) do idoso dependente, presumivelmente por esse facto, 77% residem com o idoso dependente e 90% já coabitavam com este. De referir que são maioritariamente de sexo feminino (69,2%). 53,9% são cuidadores desde 1 a 3 anos e 38,4% há mais de 6 anos, tendo 30,8% outras pessoas a cargo tais como filhos menores de idade.

Todos referem cuidar 7 dias por semana. Quanto ao tempo que despendem, 61,5% entre 0 a 4 horas e 38,5% afirmam fazê-lo 24h por dia. Quando necessário 76,9% referem ter o apoio de cuidador familiar secundário, contudo, 23,1% não tem ninguém significativo a quem recorrer.

Para além do apoio formal fornecido pelos profissionais da USF, a maioria (53,8%) não tem qualquer tipo de ajuda por parte de instituições e, dos restantes, 23% têm apoio por parte da SCML e 15,4% têm empregada doméstica. A ajuda que referem ter concretiza-se nos cuidados de higiene e conforto do idoso, confeção ou fornecimento de alimentação e na limpeza da casa.

APÊNDICES

I - Dados recolhidos acerca das visitas domiciliárias

| Total N=14 | Quem pediu / iniciativa da VD | Quem inicialmente referenciou à equipa de enfermagem | Primeira VD | Visita de continuidade de cuidados | Motivo da VD |
|---------------|----------------------------------|--|-------------|--|---|
| 1 | Esposa | Médico de MGF USF | | X | Úlcera de pressão nas costas |
| 2 | Cliente | Médico de MGF USF | | X | Úlcera varicosa no MI Esquerdo |
| 3 | Esposo | Enfermeiro USF | | X | Lesão aberta (perda epiderme) sem infecção nos MI's |
| 4 | Filho | Médico de MGF USF | | X | Úlcera varicosa no MI Esquerdo |
| 5 | Filha | Enfermeiro USF | X | | Penso simples (cirúrgico) |
| 6 | Enfermeira USF | Enfermeiro USF | X | | VD a puérpera e recém-nascido |
| 7 | Irmã | Médico de MGF USF | | X | Úlcera de pressão nos trocânteres |
| 8 | Esposa | Médico de MGF USF | | X | Administração de injeção IM |
| 9 | Esposa | Enfermeiro USF | | X | Algaliação vesical |
| 10 | Cliente | Médico de MGF USF | | X | Lesão aberta (perda epiderme) sem infecção no MI Direito |
| 11 | Cliente | Médico de MGF USF | | X | Úlcera de pressão na zona sacrococcígea |
| 12 | Filha | Médico de MGF USF | | X | Úlcera arterial no MIEsquerdo |
| 13 | Cliente | Enfermeiro USF | | X | Lesão com infecção no pé esquerdo |
| 14 | Cliente | Enfermeiro USF | | X | Úlcera varicosa no MI Esquerdo |

Nota:

- Pedido ou iniciativa da VD: Cliente (35,7%); Familiar (57,2%); Enfermeira (7,1%);
- Referência à equipa de enfermagem: Médico de MGF USF (57,2%); Enfermeiro USF (42,8%);
- Primeira VD (14,2%); Visita de continuidade de cuidados (85,8%);
- Motivo de VD: tratamentos de feridas (78,4%); injeções (7,2%); algaliações (7,2%); VD de vigilância preventiva de saúde (7,2%).

II - Caracterização dos idosos com idade ≥ 65 anos. (Análise dos dados fornecidos por idoso ou familiar)

| Idosos Total N (15) | | n | % |
|----------------------|--|----|------|
| Idade | ≥ 85 | 7 | 46,7 |
| | ≥ 75 - <85 | 7 | 46,7 |
| | ≥ 65 - <75 | 1 | 6,6 |
| | Média de idade = 83,8 anos | | |
| Sexo | Feminino | 8 | 53,3 |
| | Masculino | 7 | 46,7 |
| Estado civil | Solteiro | 1 | 6,7 |
| | Casado | 12 | 80 |
| | Viúvo | 2 | 13,3 |
| | | | |
| Com quem coabita? | Sozinho | 2 | 13,3 |
| | Cônjuge | 9 | 60 |
| | Irmão | 1 | 6,7 |
| | Cônjuge, filhos, netos | 3 | 20 |
| | | | |
| Índice de Lawton | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 9 | 60 |
| | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | 3 | 20 |
| | Independente | 3 | 20 |
| Índice de Barthel | Totalmente dependente | 5 | 33,4 |
| | Severamente dependente | 1 | 6,6 |
| | Moderadamente dependente | 2 | 13,3 |
| | Ligeiramente dependente | 4 | 26,7 |
| | Independente | 3 | 20 |
| Tempo de dependência | Nenhum | 2 | 13,3 |
| | <1 ano | 1 | 6,7 |
| | ≥ 1 - <4 anos | 7 | 46,7 |
| | ≥ 4 - <6 anos | 0 | 0 |
| | ≥ 6 - <10 anos | 3 | 20 |
| | ≥ 10 anos | 2 | 13,3 |
| | | | |

| Idosos com dependência Total N (13) | | n | % |
|--|---|----------|----------|
| Cuidador familiar | Sim | 13 | 100 |
| | Não | 0 | 0 |
| Quem é o Cuidador Familiar | Cônjuge | 7 | 53,9 |
| | Irmão | 1 | 7,7 |
| | Filho | 3 | 23 |
| | Neto | 1 | 7,7 |
| | Outros (vizinho) | 1 | 7,7 |
| | | | |
| Apoio formal | SCML (cuidados de higiene) | 3 | 23 |
| | Empregada particular (cuidados de higiene, comida, limpeza da casa) | 2 | 15,4 |
| | SCML e Empregada particular | 1 | 7,8 |
| | Nenhum | 7 | 53,8 |

III - Caracterização dos cuidadores familiares. (Análise dos dados fornecidos por idoso ou familiar)

| Cuidadores Familiares Total N (13) | | n | % |
|---|--------------------------|----------|----------|
| Idade | ≥80 | 4 | 30,8 |
| | ≥65 - <80 | 4 | 30,8 |
| | ≥20 - <65 | 5 | 38,4 |
| | Média de idade = 65 anos | | |
| Sexo | Feminino | 9 | 69,2 |
| | Masculino | 4 | 30,8 |
| Estado civil | Solteiro | 2 | 15,4 |
| | Casado | 10 | 76,9 |
| | Divorciado | 1 | 7,7 |
| Quem é o Cuidador Familiar | Cônjuge | 7 | 53,9 |
| | Irmão | 1 | 7,7 |
| | Filho | 3 | 23 |
| | Neto | 1 | 7,7 |
| | Outros (vizinho) | 1 | 7,7 |

| | | | |
|---|---|----|------|
| Coabita com idoso com dependência? | Não | 3 | 23 |
| | Sim | 10 | 77 |
| Se sim, deveu-se a dependência de familiar? | Não | 9 | 90 |
| | Sim | 1 | 10 |
| Tem outras pessoas a cargo? | Não | 9 | 69,2 |
| | Sim | 4 | 30,8 |
| Há quanto tempo é cuidador | <1 ano | 1 | 7,7 |
| | ≥1 - <4 anos | 7 | 53,9 |
| | ≥4 - <6 anos | 0 | 0 |
| | ≥6 - <10 anos | 3 | 23 |
| | ≥10 anos | 2 | 15,4 |
| N.º de dias/semana que cuida | 7 dias | 13 | 100 |
| N.º horas/dia que cuida | 0 - 4h | 8 | 61,5 |
| | 24h | 5 | 38,5 |
| Existência de cuidador familiar secundário? | Não | 3 | 23,1 |
| | Sim | 10 | 76,9 |
| Apoio formal | SCML (cuidados de higiene) | 3 | 23 |
| | Empregada particular (cuidados de higiene, comida, limpeza da casa) | 2 | 15,4 |
| | SCML e Empregada particular | 1 | 7,8 |
| | Nenhum | 7 | 53,8 |

IV - Visitas domiciliares a idosos com idade ≥ 65anos. (Dados fornecidos por idoso ou familiar)

| Total N=15 | Idade | Sexo | Estado civil | Com quem coabita | Índice de Barthel | | Índice de Lawton e Brody | | Há quanto tempo considera necessitar de uma certa ajuda | Cuidador familiar | Instituição que forneça apoio (exceção USF) |
|---------------|-------|------|--------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|---|-------------------|---|
| | | | | | Pontuação | Nível de dependência | Pontuação | Nível de dependência | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|----------|-------------------------|----|--------------------------|----|--|-------------------------------|---|--|
| 1 | 78 | M | Casado | Esposa | 0 | Totalmente dependente | 30 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 14 anos | Esposa (primário) Filha (secundário) | Não |
| 2 | 83 | F | Viúva | Sozinha | 35 | Severamente dependente | 29 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 6 anos | Vizinho | SCML (cuidados de higiene, posicionamento) Empregada particular (limpeza da casa, comida, posicionamento) |
| 3 | 81 | F | Casada | Esposa | 0 | Totalmente dependente | 30 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 3 anos | Esposo (primário) Filha (secundário) | SCML (cuidados de higiene) |
| 4 | 88 | F | Viúva | Sozinha | 55 | Moderadamente dependente | 25 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 1 ano | Filho | SCML (cuidados de higiene) |
| 5 | 67 | M | Casado | Mãe e esposa | 85 | Ligeiramente dependente | 8 | Independente | 3 semanas (estoma intestinal) | Filha | Não |
| 6 | 80 | M | Solteiro | Irmã | 0 | Totalmente dependente | 30 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 2 anos | Irmã (primário) Irmão (secundário) | SCML (cuidados de higiene) |
| 7 | 83 | M | Casado | Esposa Filho | 10 | Totalmente dependente | 30 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 6 anos | Esposa Filho (secundário) | Empregada particular (cuidados de higiene, comida, limpeza da casa) |
| 8 | 90 | M | Casado | Esposa | 0 | Totalmente dependente | 30 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 3 anos | Esposa Vizinha (secundário) | Empregada particular (cuidados de higiene, comida, limpeza da casa) |
| 9 | 86 | F | Casada | Esposo Filha e genro | 80 | Ligeiramente dependente | 20 | Moderadamente dependente, necessita de muita ajuda | 1 ano | Neta (primário) Filha | Não |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|--------|---------------------------------|-----|--------------------------|----|--|---------|---|-----|
| | | | | 2 netos | | | | | | (secundário) | |
| 10 | 88 | F | Casada | Esposo | 55 | Moderadamente dependente | 27 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 10 anos | Esposo | Não |
| 11 | 90 | F | Casada | Esposo Filha e genro Neto | 95 | Independente | 19 | Moderadamente dependente, necessita de muita ajuda | 6 anos | Filha | Não |
| 12 | 80 | F | Casada | Esposo | 100 | Independente | 8 | Independente | - | - | - |
| 13) | 78 | M | Casado | Esposa | 80 | Ligeiramente dependente | 15 | Moderadamente dependente, necessita de muita ajuda | 1 ano | Esposa (primário) Filho (secundário) | Não |
| 14 | 93 | F | Casada | Esposo | 100 | Independente | 8 | Independente | - | - | -- |
| 15 | 93 | M | Casado | Esposa | 70 | Ligeiramente dependente | 29 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | 2 anos | Esposa (primário) Filho (secundário) | Não |

Cuidadores familiares

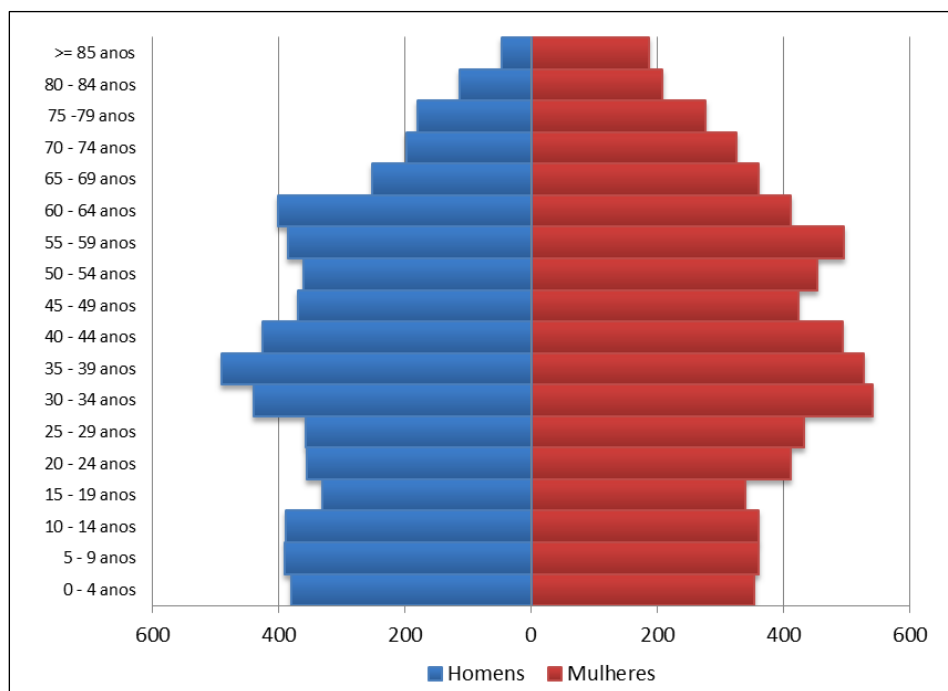
| Total N=13 | Cuidador familiar | Idade | Sexo | Estado civil | Há quanto se considera cuidador? | Coabita com idoso dependente? | Se sim, deveu-se a dependência de familiar? | Tem outras pessoas a seu cargo? | Apoio/Prestação de cuidados | | Ajuda por parte de cuidador familiar secundário? | Instituição que forneça apoio (exceção USF) |
|---------------|----------------------|-------|------|-----------------|---|-------------------------------------|--|---|--------------------------------|------------------|--|--|
| | | | | | | | | | N.º de dias | Horas por dia | | |
| 1 | Esposa | 75 | F | Casado | 14 anos | Sim | Não | Não | 7 | 24 | Filha | Não |
| 2 | Vizinho | 36 | M | Casado | 6 anos | Não | -- | 2 filhos menores de idade | 7 | 1 | Não | SCML (cuidados de higiene, posicionamento) Empregada particular (limpeza da casa, comida, posicionamento) |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------|----|---|------------|-------------------------------|--------------------|-----|------------------------|---|----|--------------|----------------------------|
| 3 | Esposo | 84 | M | Casado | 3 anos | Sim | Não | Não | 7 | 24 | Filha, Genro | SCML (cuidados de higiene) |
| 4 | Filho | 62 | M | Casado | 1 ano | Não | | Não | 7 | 2 | Não | SCML (cuidados de higiene) |
| 5 | Filha | 42 | F | Divorciada | 3 semanas (estoma intestinal) | Não (Mora ao lado) | | 1 filho menor de idade | 7 | 2 | Mãe | Não |
| 7 | Irmã | 65 | F | Solteira | 2 anos | Sim | Não | Não | 7 | 24 | Irmão | SCML (cuidados de higiene) |
| 8 | Esposa | 74 | F | Casada | 6 anos | Sim | Não | Não | 7 | 24 | Filho | Empregada particular |
| 9 | Esposa | 84 | F | Casada | 3 anos | Sim | Não | Não | 7 | 24 | Vizinha | Empregada particular |
| 10 | Neta | 23 | F | Solteira | 1 ano | Sim | Sim | Avô | 7 | 2 | Mãe | Não |
| 11 | Marido | 74 | M | Casado | 10 anos | Sim | Não | Não | 7 | 4 | Não | Não |
| 12 | Filha | 55 | F | Casada | 6 anos | Sim | Não | Filho menor de idade | 7 | 3 | Pai | Não |
| 13 | “Filho” | 58 | M | Casado | - | Não | - | Não | - | - | | Não |
| 13 a) | Esposa | 80 | F | Casada | 2 anos | Sim | Não | Não | 7 | 2 | Filho | |
| 14 | “Filho” | 65 | M | Casado | - | Não | - | Filhos | - | - | | Não |
| 14 a) | Esposa | 93 | F | Casada | 2 anos | Sim | Não | Não | 7 | 3 | Filho | Não |

V – Estratificação etária da USF a 30.4.2014.

| Idade | Homens | Mulheres | Total | % Homens | % Mulheres |
|--------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|
| 0 - 4 anos | 380 | 352 | 732 | 2,97% | 2,75% |
| 5 - 9 anos | 391 | 359 | 750 | 3,05% | 2,80% |
| 10 - 14 anos | 389 | 360 | 749 | 3,04% | 2,81% |
| 15 - 19 anos | 330 | 338 | 668 | 2,58% | 2,64% |
| 20 - 24 anos | 356 | 410 | 766 | 2,78% | 3,20% |
| 25 - 29 anos | 357 | 431 | 788 | 2,79% | 3,36% |
| 30 - 34 anos | 440 | 540 | 980 | 3,43% | 4,22% |
| 35 - 39 anos | 490 | 527 | 1017 | 3,83% | 4,11% |
| 40 - 44 anos | 426 | 493 | 919 | 3,33% | 3,85% |
| 45 - 49 anos | 369 | 422 | 791 | 2,88% | 3,29% |
| 50 - 54 anos | 361 | 453 | 814 | 2,82% | 3,54% |
| 55 - 59 anos | 385 | 494 | 879 | 3,01% | 3,86% |
| 60 - 64 anos | 401 | 411 | 812 | 3,13% | 3,21% |
| 65 - 69 anos | 252 | 360 | 612 | 1,97% | 2,81% |
| 70 - 74 anos | 198 | 325 | 523 | 1,55% | 2,54% |
| 75 - 79 anos | 180 | 276 | 456 | 1,41% | 2,15% |
| 80 - 84 anos | 114 | 207 | 321 | 0,89% | 1,62% |
| >= 85 anos | 46 | 187 | 233 | 0,36% | 1,46% |
| TOTAL | 5865 | 6945 | 12810 | 45,78% | 54,22% |

(Fonte: SIARS, dados disponibilizados pela Unidade de apoio à gestão do ACES)



(Fonte: SIARS, dados disponibilizados pela Unidade de apoio à gestão do ACES)

INÍCIO

UTENTES

AGENDA

INDICADORES

LEMBRETES

MESSAGENS

MEU PERFIL

LOGOUT

FECHAR

ESTATÍSTICA

ANA FILIPA DA SILVA

ENFERMEIRO

USF DE:

03.06.2014 13:58

Atendimentos no Domicílio e no Ambulatório

Data: 01.01.2013-31.12.2013

Unidade de Observação: Unidade de Saúde

Indicadores da Missão

Indicadores da Missão (2010)

Indicadores da Unidade

Actividades Específicas

Estatísticas de Prescrição

Mapas Estatísticos

Mapas Enfermagem

Atendimento Quiosque

Pesquisa Dinâmica

| FAIXA ETÁRIA | ATENDIMENTOS NO DOMICÍLIO | | | ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO | | | TOTAL |
|--------------------|---------------------------|----------|-----------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | HOMENS | MULHERES | SUB-TOTAL | HOMENS | MULHERES | SUB-TOTAL | |
| >= 65 anos | 411 | 1.084 | 1.495 | 1.294 | 1.981 | 3.275 | 4.770 |
| 45 - 64 anos | 73 | 65 | 138 | 1.277 | 1.946 | 3.223 | 3.361 |
| 15 - 44 anos | 12 | 92 | 104 | 1.049 | 4.386 | 5.435 | 5.539 |
| 7 - 14 anos | 1 | 0 | 1 | 390 | 495 | 885 | 886 |
| 5 - 6 anos | 0 | 0 | 0 | 192 | 120 | 312 | 312 |
| 24 meses - 4 anos | 0 | 1 | 1 | 187 | 201 | 388 | 389 |
| 12 - 23 meses | 3 | 3 | 6 | 351 | 271 | 622 | 628 |
| 28 dias - 11 meses | 0 | 1 | 1 | 412 | 415 | 827 | 828 |
| < 28 dias | 32 | 23 | 55 | 183 | 157 | 340 | 395 |
| TOTAL | 532 | 1.269 | 1.801 | 5.335 | 9.972 | 15.307 | 17.108 |

| DESCRIÇÃO | ATENDIMENTOS NO DOMICÍLIO | | ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO | |
|--|---------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | NÚMERO CONSULTAS | NÚMERO INTERVENÇÕES | NÚMERO CONSULTAS | NÚMERO INTERVENÇÕES |
| Só Tratamentos ⁽¹⁾ | 1.006 | 3760 | 2.564 | 6562 |
| Só Injecções ⁽²⁾ | 302 | 332 | 3.623 | 4465 |
| Tratamentos e Injecções ⁽³⁾ (Nº Trat. \ Nº Inj.) | 8 | 24 \ 9 | 16 | 32 \ 16 |
| outros ⁽⁴⁾ | 485 | - | 9.104 | - |
| total | 1.801 | - | 15.307 | - |

DOCUMENTOS

FILTROS

NOVA PESQUISA

EXPORTAR

DETALHES

13

**Apêndice II - Planeamento das atividades elaborado na
fase de planeamento**

Descrição dos objetivos delineados, das atividades e respectivos resultados esperados.

Objetivo geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos.

| Objetivos específicos | Atividades/Estratégias | CrITÉRIOS de avaliação |
|--|---|---|
| Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e família em diversos contextos. | <ol style="list-style-type: none">1. Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura acerca do processo de envelhecimento, quais as necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família.2. Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto comunitário e hospitalar. | <ol style="list-style-type: none">1. Descreve o processo de envelhecimento, quais as necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família.2. Analisa e reflete acerca da intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em contexto comunitário e hospitalar. |
| Intervir como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em diversos contextos. | <ol style="list-style-type: none">1. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, mediante o processo de enfermagem, como enfermeiro especialista, em contexto comunitário e hospitalar.2. Utilização da prestação de cuidados ao idoso e família e estudos de caso como estratégia de formação de pares. | <ol style="list-style-type: none">1. Elabora estudo de caso que reflete a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família em diversos contextos, a mobilização de conhecimentos adquiridos e uma intervenção baseada na evidência científica.2. Identifica situações nas quais os pares reconhecem a competência e solicitam a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa idosa e família.3. Apresenta e discute com os pares estudos de caso elaborados. |

Objetivo geral: Implementar uma intervenção sistematizada da equipa de enfermagem ao cuidador familiar idoso da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

| Objetivos específicos | Atividades/Estratégias | Critérios de avaliação |
|---|---|--|
| Desenvolver competências acerca do cuidar do idoso cuidador e a pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. | <p>1. Aprofundar conhecimentos sobre o idoso cuidador e a pessoa idosa dependente em contexto domiciliário e qual a avaliação e intervenção do enfermeiro junto deste através de pesquisa bibliográfica no Centro de Documentação da ESEL, na internet e em bases de dados: EbscoHost (CINAHL Plus <i>with Full Text</i>, MEDLINE <i>with Full Text</i>), NICE, BVS, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, com os descritores: elder*, frail elderly, nurs*, family, caregiv*, home care.</p> <p>2. Observação participativa da intervenção da enfermeira especialista da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de uma Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES de Lisboa.</p> | <p>1. Descreve as necessidades de cuidado do idoso cuidador da pessoa idosa dependente e a especificidade da avaliação e intervenção junto deste, baseado na evidência científica.</p> <p>2. Realiza duas semanas de estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES de Lisboa acompanhando e participando nas atividades da enfermeira especialista da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, adquirindo boas práticas de cuidados.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>3. Prestação de cuidados ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário numa Unidade de Saúde Familiar de um ACES de Lisboa.</p> | <p>3. Analisa e reflete acerca da prática de cuidados mediante a evidência científica.</p> <p>4. Elabora estudo de caso que reflete a avaliação multidimensional do idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, a mobilização de conhecimentos adquiridos e que traduz uma prestação de cuidados baseada na evidência científica.</p> |
| <p>Capacitar a equipa de enfermagem para o cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.</p> | <p>1. Divulgação do projeto de estágio à equipa de enfermagem e multidisciplinar, promovendo o envolvimento da equipa de enfermagem questionando quem deseja participar.</p> <p>2. Elaboração, aplicação e análise de um questionário de levantamento de necessidades formativas acerca desta temática à equipa de enfermagem.</p> <p>3. Realização de formação à equipa de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas e aplicação de um questionário de avaliação desta.</p> | <p>1. Divulga o projeto de estágio à equipa multidisciplinar e 80% dos elementos da equipa de enfermagem verbalizam querer envolver-se no projeto.</p> <p>2. Aplicação e preenchimento do questionário por pelo menos 80% dos elementos da equipa de enfermagem.</p> <p>3. Pelo menos 80% dos elementos da equipa de enfermagem assistem à formação e a avaliação desta é positiva.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem no cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de um guia de orientação para a avaliação e intervenção ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente na visita domiciliária, em conjunto com a equipa de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um plano tipo <i>checklist</i> com as etapas da avaliação e intervenção preconizadas; - Submissão da <i>checklist</i> a um período experimental pela equipa de enfermagem; - Alteração da <i>checklist</i> mediante as dificuldades/ sugestões da equipa de enfermagem. 2. Implementação das intervenções de enfermagem no cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente: <ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à colaboração de cada enfermeiro no preenchimento da <i>checklist</i> e ao arquivo do processo individual do idoso cuidador/idoso cuidado num dossiê específico; - Avaliação e monitorização semanal da utilização da <i>checklist</i> e da realização das intervenções sugeridas. 3. Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas relativamente ao cuidado do idoso cuidador da pessoa idosa dependente: <ul style="list-style-type: none"> - Auditoria aos processos individuais constantes do dossiê; - Auscultação da equipa de enfermagem acerca da mais-valia do projeto e recolha de sugestões a desenvolver. | <ol style="list-style-type: none"> 1. O guia de orientação, que contém a <i>checklist</i> para a avaliação e intervenção ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente na visita domiciliária é elaborado em conjunto com a equipa. 2. Avalia semanalmente o preenchimento da <i>checklist</i> 3. 70% das <i>checklist</i> constantes do dossiê estão preenchidas. 4. Auditoria aos registos realizados pela equipa de enfermagem. 5. A equipa considera o projeto pertinente e, em caso disso, sugere aspetos a melhorar para a sua posterior continuação. |
|---|---|---|

Conograma

| Meses | Setembro | | Outubro | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | | | Janeiro | | | | Fevereiro | |
|--|----------|---------------|---------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|---------------|--------------|
| Atividades | | 29 a 03 | 06 a 10 | 13 a 17 | 20 a 24 | 27 a 31 | 03 a 07 | 10 a 14 | 17 a 21 | 24 a 28 | 01 a 05 | 08 a 12 | 15 a 19 | 22 a 26 | 29 a 02 | 05 a 09 | 12 a 16 | 19 a 23 | 26 a 30 | 02 a 06 | 9 a 13 |
| Pesquisa Bibliográfica e revisão da literatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação e análise do papel do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto comunitário e hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação participativa da intervenção da enfermeira especialista da Equipe de Cuidados Continuados Integrados de uma Unidade de Cuidados na Comunidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prestação de cuidados ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário numa Unidade de Saúde Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração de projetos de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Prestação de cuidados à pessoa idosa e família como enfermeiro especialista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utilização da prestação de cuidados ao idoso e família como estratégia de formação de pares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgação do projeto de estágio à equipa de enfermagem e multidisciplinar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração, aplicação e análise de um questionário de levantamento de necessidades formativas acerca desta temática à equipa de enfermagem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração de um guia de orientação para a avaliação e intervenção ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente na visita domiciliária, em conjunto com a equipa de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementação das intervenções de enfermagem no cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas relativamente ao cuidado do idoso cuidador da pessoa idosa dependente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Apêndice III - Sessão de apresentação do projeto à
equipa da USF**



5º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica:

VERTEENTE PESSOA IDOSA

CUIDAR DO IDOSO QUE CUIDA

Intervenção do enfermeiro especialista

Projeto de Estágio

Ana Filipa Silva

Com orientação de:
Professora Maria Emília Brito

Lisboa, Novembro de 2014

Problemática

- **Aumento** do índice de **envelhecimento** da população portuguesa: 128 idosos por cada 100 jovens (Censos, 2011).
- Aumento da sua **vulnerabilidade** face às dificuldades (Imagário, 2004).
- Maior risco de **doença crónica** e de **dependência** (Sequeira, 2010).
- A dependência funcional leva à **necessidade do auxílio** de terceiros para a execução das **atividades de vida diárias** (Botelho, 2000).
- Havendo um défice de autocuidado, sendo a pessoa **agente dependente de cuidado**, o **enfermeiro** deve adequar a sua intervenção para minimizar os efeitos desse défice. Este papel terapêutico pode ser transferido para a **família** (Orem, 1993), prestando os cuidados de sustento e manutenção de vida, **care** (Collière, 1999).

Problemática

As políticas sociais e de saúde recomendam a **manutenção da pessoa em contexto familiar**, tendo-se delegado à família a responsabilidade e o papel central na **prestação de cuidados à pessoa idosa** em situação de doença crónica e dependência. (Araújo, 2010; Sequeira, 2010; Hanson, 2005)

As famílias portuguesas acolhem idosos com um elevado grau de **dependência** (Araújo, Paúl & Martins, 2011); com o aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, o **cuidador familiar** deve emergir como **foco de atenção da equipa de enfermagem**.

(Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010)

Problemática

O **Cuidador familiar** refere-se a qualquer familiar, parceiro, amigo ou vizinho que mantém uma relação pessoal significativa e fornece assistência à pessoa idosa com **doença crónica ou incapacidade**. Podem ser cuidadores primários ou secundários e viver em conjunto ou não com a pessoa à qual prestam cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006).

Habitualmente do **sexo feminino** (Pinto, 2008).

Sentimento de **obrigação e solidariedade, dever moral e social** (Araújo, Paúl & Martins, 2009).

Cuidar é emocionalmente **gratificante** e uma oportunidade de **enriquecimento pessoal** (Figueiredo, 2007).

Problemática

Cuidador familiar

- **Conjunto de necessidades:** **materiais** (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços); **emocionais** (suporte emocional, grupos de apoio); **informativas** (como realizar os cuidados, adaptar o ambiente ao doente, direitos, deveres) (Costa, 2012).
- **Dificuldades por falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços de saúde e sociais** (Figueiredo, 2006).

Consequências negativas sobre a sua saúde, o seu bem-estar físico, psicológico e social e a sua qualidade de vida.

(Figueiredo, 2007, Lage 2007)

Problemática

As modificações demográficas e sociais levam à menor disponibilidade de membros da família para assumir o **papel de cuidador**. (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

Muitas vezes quem assume este papel é o cônjuge, também ele idoso.
(Sousa, 2011; Botelho, 2011; Braz & Ciosak, 2009)

Atualmente o foco de atenção é o **idoso dependente** em detrimento do seu cuidador também idoso. (Braz, Ciosak, 2009)

Aumento de cuidadores idosos.

(McGarry e Arthur, 2001)

Num futuro próximo, esta temática, não irá passar despercebida.

(Botelho, 2011)

Problemática

Idoso que cuida do cônjuge idoso e dependente

• Família no estágio tardio da vida. (McGoldrick & Carter, 2008)

• São “vítimas ocultas”: disponíveis 24 h/dia, defrontam-se com o seu próprio envelhecimento e convivem com o isolamento, solidão e sobrecarga de funções.

Diogo, Ceolim & Cintra (2005)

Dispensam mais tempo e cuidados aos cônjuges do que a si, descurando-se a si próprios.

Rodrigues, Watanabe & Derntl (2005)

• Quanto mais idoso for o cuidador, maior a dificuldade para cuidar de si e do outro, tornando o casal mais suscetível.

(Botelho, 2011)

Problemática

• Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação em particular para os enfermeiros;

• A diáde cuidador idoso/cônjuge cuidado apresenta vivências e necessidades específicas de cuidado;

• Urge priorizar uma intervenção dirigida ao cuidador idoso;

• Promover a qualidade de vida/benefício de ambos: ser cuidador e cuidado.

(McGarry & Arthur, 2001; Pinto, 2008, Braz & Ciosak, 2009).

Problemática

Intervenção de enfermagem sugerida na evidência científica

- Criação de uma consulta de enfermagem para o acompanhamento dos cuidadores;
- Implementação de um programa de assistência no autocuidado dos cuidadores idosos (orientações como cuidar, manter e promover a sua própria saúde);
- Realização de visitas domiciliares;

(Faison, Faria & Frank, 2000; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Botelho, 2011)

Problemática

Intervenção de enfermagem baseada na evidência científica (cont.)

- O enfermeiro de CSP tem uma posição privilegiada para a realização da avaliação da família.

- ↓
- A avaliação multidimensional do cuidador idoso (percepção de saúde, capacidade funcional, recursos existentes e sentimentos) fornece a base para o enfermeiro, elaborar em parceria, um plano de cuidados individualizado e holístico. (Faison, Faria & Frank, 2000; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Botelho, 2011)

- O cuidador familiar é considerado um agente ativo no seu processo de vida e um parceiro dos cuidados. (Collière, 1999)

Problemática

Importância crescente do Cuidador Familiar

Family Caregiver Alliance (2006) desenvolve um consenso nacional com os princípios fundamentais na avaliação do cuidador.

Messeca (2012) desenvolve uma *guideline* para uma prática de enfermagem baseada na melhor evidência científica.

“*Family Caregiving*”

Fornecer orientações para a avaliação do cuidador e construção do plano de cuidados.

Diagnóstico de situação

Unidade de Saúde Familiar

• População idosa inscrita (≥ 65 anos) : **16,75%**

Fonte: SIARS, dados disponibilizados pela UAG a 30.4.2014

• Índice de envelhecimento: **94,42**

Fonte: SIARS, dados disponibilizados pela UAG a 31.12.2013

• Ano de 2013: **83%** das visitas domiciliárias foram realizadas a pessoas com idade ≥ 65 anos.

Fonte: programa informático Vitacare®

Diagnóstico de situação

Caracterização dos sujeitos de cuidados/cuidadores familiares

(de 25 a 30 de Maio de 2014, durante a visita domiciliária de enfermagem, com a colaboração de toda a equipa de enfermagem)

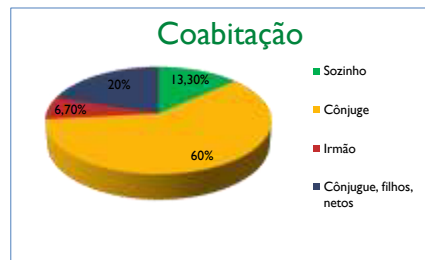
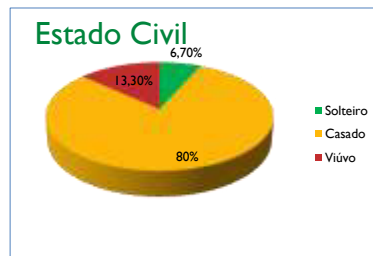
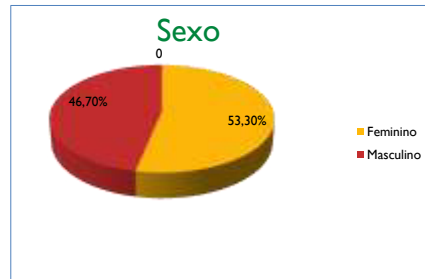
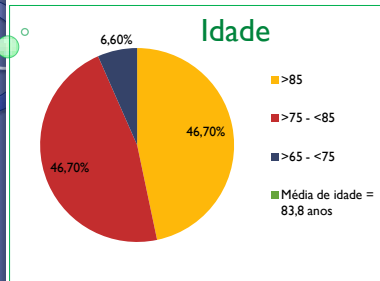
- Aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada/cuidador familiar.
- Aplicação de instrumentos de avaliação do grau de dependência nas ABVD e AIVD: Índice de Barthel e Índice de Lawton (validados para a população portuguesa por Sequeira(2007))

Diagnóstico de situação

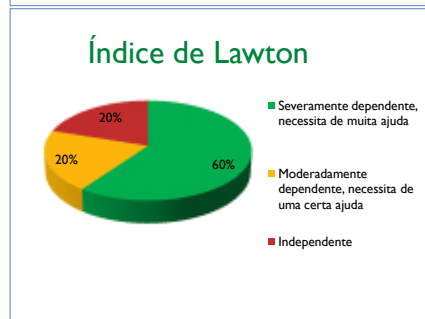
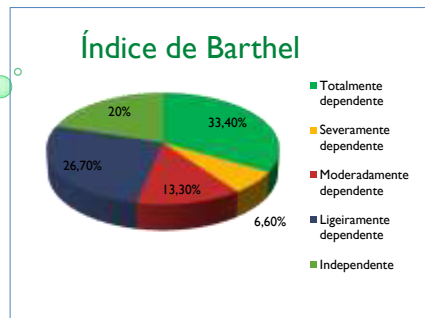
Visitas domiciliárias (VD's) de enfermagem:

- 85.8% foram VD's de continuidade de cuidados de enfermagem - 85.8%
- Pedido inicial de VD's realizado por familiares -57.2%:
 - dirigido ao médico - 57.2%
 - dirigido à enfermeira - 42.8%
- Principal motivo para VD's :
 - Procedimentos técnicos de enfermagem:
 - tratamentos de feridas (78.4%),
 - administração de injetáveis (7,2%),
 - realgaliações (7,2%).

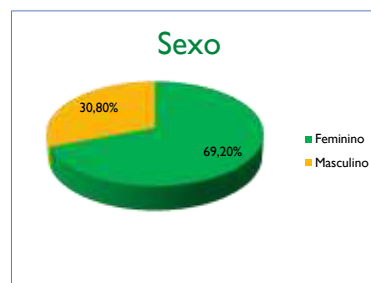
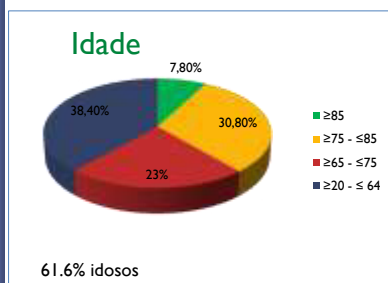
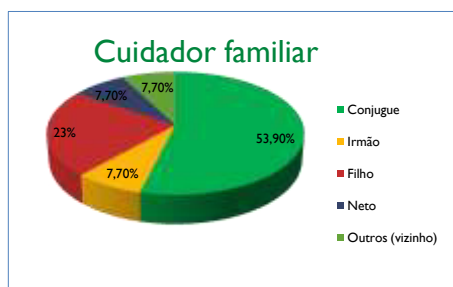
Diagnóstico de situação (total de 15 idosos avaliados)



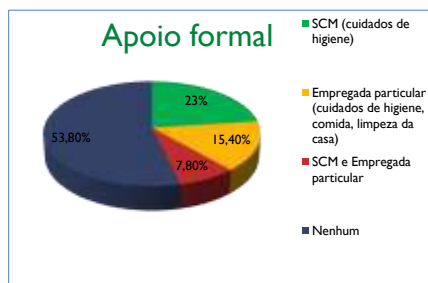
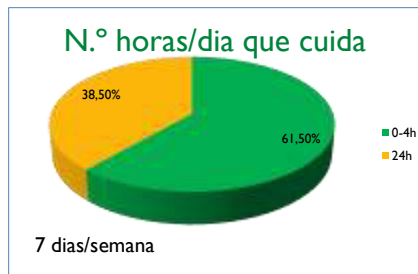
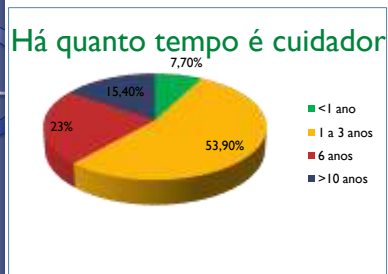
Diagnóstico de situação (total de 15 idosos avaliados)



Diagnóstico de situação (total de 13 cuidadores familiares)



Diagnóstico de situação (total de 13 cuidadores familiares)



Em síntese...

O envelhecimento, associado à dependência, coloca questões em particular à Enfermagem, denotando-se a necessidade de formar profissionais com competências diversificadas e específicas que permitam avaliar e intervir junto deste grupo com peculiaridades próprias. Urge assegurar uma resposta coerente às necessidades do idoso cuidador da pessoa idosa e dependente, no sentido da não institucionalização, aumentando o apoio de serviços no domicílio, para que o estágio tardio da vida familiar seja vivido nas melhores condições pelos próprios e pela restante família.

(Araújo, 2010).

Finalidade

- Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família.

Objetivo geral

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos;
2. Implementar uma intervenção sistematizada de enfermagem na promoção do cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Objetivos específicos/Atividades propostas

2.1. Desenvolver competências acerca do cuidar do idoso cuidador e a pessoa dependente em contexto domiciliário (ECCI)

2.2 Capacitar a equipa de enfermagem para o cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Atividades:

- Divulgação do projeto de estágio;
- Elaboração de questionário de levantamento de necessidades formativas;
- Realização de formação à equipa de enfermagem.

Objetivos específicos/Atividades propostas

2.3 .Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem no cuidado ao idoso cuidador da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Atividades:

- Elaboração de um guia de orientação para a avaliação e intervenção ao idoso cuidador, em conjunto com a equipa de enfermagem.
- Implementação/Avaliação das intervenções de enfermagem.
- Auscultação da equipa de enfermagem acerca da mais valia do projeto e recolha de sugestões a desenvolver.

Referências bibliográficas

- Araújo, I. M. B. (2010) *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Universidade do Porto. Dissertação de tese de doutoramento em ciências da enfermagem. Acedido a 18/6/2014. Disponíveis em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutlabel.pdf>
- Botelho, M. O. M. Idoso que cuida de idosa. Dissertação de tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Acedido a 10/6/2014. Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7237/2/Dissertao%20%20Mnica%20Botelho.pdf?origin=publication_detail
- Braz, E.; Ciosak, S.; (2009) o tornar-se cuidadora na senescencia. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 13 (2), 372-377
- Collière, M. (1999). Promover a vida. Lidel – Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Diogo, M.; Ceolim, M.; Cintra, F. (2005) Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiencia. Revista Escola Enfermagem USP. 39 (1), 97-102
- Faison, K.; Faria, S.; Frank, D. (2000) Caregivers of chronically ill elderly: perceived burden. Journal of community health nursing, 16(4), 243-253

Referências bibliográficas

- Family caregiver alliance (2006). Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- McGarry, J.; Arthur, A. (2001) Informal caring in late life: a qualitative study of the experiences of older carers. Journal of Advanced Nursing, 33(2), 182-189.
- Messecar, D. C. (2012). Family Caregiving. In Boltz, M.; Capezuti, E.; Fulmer, T.; Zwicker, D. (2012). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43925>
- Pinto, C. V. D. T. (2008) Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. Universidade de Aveiro. Dissertação de tese de mestrado em gerontologia. Acedido a 18/6/2014. Disponível em:
- Rodrigues, S.; Watanabe, H.; Derntl, A. (2005). A saúde de idosos que cuidam de idosos. Revista Escola Enfermagem USP. 40(4), 493-500.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

**Apêndice IV - Questionário de avaliação das
necessidades de formação da equipa de enfermagem**

QUESTIONÁRIO

No âmbito do 5.º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado na área de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa e do estágio subordinado ao tema “Cuidar do idoso que cuida: intervenção do enfermeiro especialista”, venho solicitar a participação no preenchimento de um questionário dirigido à equipa de enfermagem.

Este aborda a temática acerca do cuidado ao cuidador familiar (idoso) da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

A identificação pessoal não é requerida, pelo que, o anonimato do respondente será garantido.

O seu preenchimento demora cerca de 15 minutos.

Caracterização profissional:

Idade: _____

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Experiência profissional (número de anos): _____

Categoria profissional:

Enfermeiro ☐ Enfermeiro principal ☐

Habilitações literárias:

Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura de Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Intervenção de enfermagem na promoção do cuidado ao cuidador idoso:

1. Para si, de um modo geral, em que consiste a avaliação do cuidador familiar?

2. Considera a avaliação do cuidador familiar importante para a prática de cuidados de enfermagem?

Pouco 1 2 3 4 5 Muito

Porquê?

3. Na sua prática de cuidados costuma realizar a avaliação do cuidador familiar?

Sim ☐ Não ☐ Ocasionalmente ☐

Se sim ou ocasionalmente,

3.1 Quando, de que forma e que dados procura recolher?

3.2 Modifica a avaliação que costuma realizar se o cuidador familiar for idoso?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, em quê?

4. Conhece instrumentos de avaliação que poderão ser utilizados neste contexto?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais?

5. Que dificuldades sente na avaliação do cuidador idoso?

6. De um modo geral, quais as intervenções de enfermagem que desenvolve para a promoção do cuidado ao cuidador idoso?

Grata pela sua colaboração,

Ana Filipa da Silva

**Apêndice V - Análise das respostas dos questionários
aplicados à equipa de enfermagem**

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS À EQUIPA DE ENFERMAGEM

1. Caracterização profissional

- Total: 5 enfermeiros.
- Sexo: feminino - 5 (100%)
- Idade:

| | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 34-39 anos: 2 Enf.º (40%) | 40-45 anos: 3 Enf.º (60%) Moda |
|---------------------------|---------------------------------------|

- Experiência profissional:

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 10-14 anos: 1Enf.º (20%) | 15-19 anos: 3 Enf.º (60%) Moda | 20-24 anos: 1 Enf.º (20%) |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|

- Categoria profissional/habilitações literárias: Enfermeiro (2 - 40%), Enfermeiro com pós-licenciatura de especialização (2 - 40%), Enfermeiro com pós-licenciatura de especialização e mestrado (1 - 20%).

2. Intervenção de enfermagem ao cuidador idoso

| Análise de conteúdo das respostas dos questionários (percepção dos enfermeiros) | | |
|---|--------------------|---|
| Categoria | Subcategoria | Unidades de contexto |
| AVALIAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR | Conceito | <p>“Na avaliação de forma global das necessidades do próprio/família que interfiram potencialmente com o seu papel de prestador de cuidados.” (1UR)</p> <p>“(…) identificar qual o potencial do cuidador para desempenhar o papel a que está submetido(…)” (1UR)</p> <p>“Consiste na avaliação das suas necessidades próprias, quer físicas, financeiras e emocionais.” (2UR)</p> <p>“(…)motivação, disponibilidade, competências.” (1UR)</p> |
| | Importância | <ul style="list-style-type: none"> • Muito importante (100%) <p>“(…) toda a nossa intervenção deve estar centrada não só na pessoa doente como na sua família(…)” (1UR)</p> <p>“O cuidador é uma “peça” fundamental na prática de cuidados de enfermagem (…)” (2UR)</p> <p>“(…) é importante percebermos os familiares como</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>AVALIAÇÃO</p> <p>DO</p> <p>CUIDADOR</p> <p>FAMILIAR</p> | <p>Importância (continuação)</p> | <p>parceiros nos cuidados.” 3(UR)</p> <p>“(…) importante percebermos (..) a ajuda que os familiares necessitam para que possam desempenhar as suas funções de cuidadores.” (1UR)</p> <p>“Existem cada vez mais cuidadores a necessitarem de ser cuidados, uns devido à idade avançada, outros devido ao desgaste físico e psicológico provocado por assistirem diariamente à degradação do ente de quem cuidam e não terem redes de apoio.” (2UR)</p> <p>“(…) a avaliação tem de ser contínua para detetar exaustão ou início da mesma no cuidador e agir em conformidade.” (1UR)</p> |
| | <p>Realização da avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sim (40%), Ocasionalmente (40%), Não (20%) |
| | <p>Modo de avaliação (considerações gerais)</p> <p>“Como”</p> <p>“Quando”</p> | <p>“De forma não sistemática (…)” (1UR)</p> <p>“(…) de forma informal e intuitivamente.” (1UR)</p> <p>“Questiono o cuidador (…)” (2UR)</p> <p>“Quando identifico uma situação mais grave (…) contacto telefonicamente o cuidador familiar e marco entrevista com ele (…)” (1UR)</p> <p>“(…) quando tenho a percepção imediata que (…) incapaz ou não competente para os cuidados que tem a cargo.” (1UR)</p> <p>“Quando o cuidador apresenta alterações das suas capacidades físicas ou psicológicas (…)” (3UR)</p> <p>“Quando é requerido pelo cuidador através de um pedido de ajuda.” (1UR)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>AVALIAÇÃO</p> <p>DO</p> <p>CUIDADOR</p> <p>FAMILIAR</p> | <p>“O quê”</p> | <p>“Quando se verifica declínio dos cuidados (negligência)” (1UR)</p> <p>“(…) acerca do apoio que tem para cuidar do utente, se trabalha, há quanto tempo o faz, se tem tempo para si próprio.” (2UR)</p> <p>“(…) o seu relacionamento com a pessoa doente, a sua preparação quer técnica quer a nível do conhecimento nos cuidados a prestar e também saber quais os recursos técnicos (…) que dispõe, bem como se usufrui de outras ajudas externas (comunidade, centro de saúde, assistente social, psicóloga).” (1UR)</p> <p>“(…) as vertentes: económica (…)” (2UR)</p> |
| | <p>Modificação na avaliação se CF for idoso</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sim (80%), Não (20%) <p>“(…) não o faço de forma consciente (…)” (1UR)</p> <p>“(…) os idosos estão mais debilitados.” (3UR)</p> <p>“(…) uma preocupação maior em tentar responder às necessidades de ambos.” (1UR)</p> <p>“(…)a situação é muito mais complexa pelo que procuro sempre se alguém da família ou vizinhos auxilia.” (1UR)</p> <p>“(…) pode apresentar alterações na sua capacidade em realizar algumas atividade bem como alterações a nível cognitivo.” (1UR)</p> <p>“(…) mais atenta a pormenores relativos à prevenção de acidentes.” (1UR)</p> |
| | <p>Uso de instrumentos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Não (80%); Sim (20%) <p>“Pontualmente utilizo alguns instrumentos de avaliação disponíveis no programa informático (índice de Barthel, de Lawton) mas não os conheço profundamente.” (1UR)</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>AVALIAÇÃO</p> <p>DO</p> <p>CUIDADOR</p> <p>FAMILIAR</p> | <p>Dificuldades na avaliação</p> | <p>“(…) em detetar todas as suas necessidades (…) por isso é mesmo fundamental que através de uma “entrevista” coloquemos algumas questões chave que nos permitam identificar possíveis problemas ou potenciais riscos,” (1UR)</p> <p>“(…) informação (preciso de conhecer melhor como se avalia) (…)” (2UR)</p> <p>“Falta de tempo (…)” (1UR)</p> <p>“(…) Por vezes torna-se difícil saber até que ponto o cuidador reúne condições para o ser (…) tem as suas próprias limitações, decorrentes da idade (…) há que ter em atenção que a sua capacidade de apreensão, memória e destreza estão diminuídas (…) (1UR)</p> |
| <p>INTERVENÇÕES</p> <p>DE</p> <p>ENFERMAGEM</p> | | <p>“Comunicar com o cuidador de forma a empatizar com ele (…)” (1UR)</p> <p>“Apoio psicológico ao cuidador (…) favorecer a expressão de sentimentos (…) escuta ativa” (2UR)</p> <p>“(…) apoio na adaptação do cuidador a novas realidades (…) assumirem papéis que outrora pertenciam ao seu familiar, (…) alterações a nível das suas rotinas.” (1UR)</p> <p>“Intervenções adequadas às necessidades detetadas.” (2UR)</p> <p>“Ensino adequado as suas necessidades.” (1UR)</p> <p>“(…) informação para a promoção de saúde, prevenção de acidentes.” (1UR)</p> <p>“Contactar e comunicar com familiares/vizinhos/ “empregadas”. (1UR)</p> <p>“Encaminhar para redes de suporte” (1UR)</p> <p>“Articulação com a restante equipa de saúde (…) (psicóloga, médico, assistente social)” (2UR)</p> <p>“Identificar situações de risco.” (1UR)</p> |

**Apêndice VI - Guião Orientador de Avaliação e
Intervenção ao cuidador idoso da pessoa idosa com
dependência**

| | |
|--|-------------------------|
| | GUIÃO ORIENTADOR |
|--|-------------------------|

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

AO CUIDADOR IDOSO

DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA

| | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| Elaborado por: Ana Filipa da Silva | Revisto por: | Aprovado por: |
| Data | Data | Data |

Destinatários

Enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar.

Objetivo

O presente guião tem como objetivo fornecer princípios norteadores que permitam promover a uniformização e sistematização da intervenção de enfermagem ao cuidador familiar idoso da pessoa idosa com dependência nas atividades de vida diária em contexto domiciliário, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

CrITÉrios de inclusão para intervenção

Aplica-se aos cuidadores familiares idosos de pessoas idosas com algum grau de dependência na realização das atividades de vida diária, inscritas e residentes na área de influência da Unidade de Saúde Familiar.

Fundamentação

A crescente longevidade das pessoas implica um maior risco de doença crónica e de dependência, ou seja, do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa. A dependência da pessoa leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução das atividades de vida diária, o que conduz a uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Botelho, 2000; Sequeira, 2010a).

As políticas sociais e de saúde atuais recomendam privilegiar a manutenção da pessoa em contexto familiar pelo que cada vez mais se tem delegado à família a responsabilidade e o papel central na prestação de cuidados à pessoa idosa em situação de doença crónica e dependência (Araújo, 2010; Sequeira, 2010a; Hanson, 2005). Este facto pode acarretar um grande impacto no sistema familiar e representar uma experiência física e emocionalmente desgastante para o cuidador familiar, podendo afetar a sua saúde física, o seu bem-estar psicossocial e a sua qualidade de vida (Lage, 2007).

Além disso, no contexto atual, devido às transformações da estrutura da família e ao envelhecimento do agregado familiar, emerge como uma recente realidade a geração de cuidadores familiares idosos. Consequentemente, vislumbram-se novas oportunidades de cuidados de saúde (Araújo, 2010; Araújo, Paúl & Martins, 2010).

O foco de atenção da enfermagem está ainda muito centrado na pessoa dependente, descurando, grande parte das vezes, a família e principalmente o cuidador familiar (Araújo,

2010). Uma vez que o cuidador idoso é uma pessoa com necessidades próprias e particulares, urge priorizar uma intervenção dirigida a este, de modo a possibilitar o benefício de ambos: ser cuidador e cuidado (Braz & Ciosak, 2009). Assim sendo, cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação para o enfermeiro, devendo a intervenção de enfermagem ser centrada no binómio cuidador idoso/idoso cuidado e constituir-se como a estratégia mais adequada.

Desta forma, o enfermeiro precisa de evidenciar a necessidade dos cuidadores manterem a sua saúde de modo a continuarem a cuidar. Neste intuito, devem ter especial atenção às características, vivências e necessidades específicas de cuidado da díade cuidador idoso/idoso dependente, priorizando as intervenções dirigidas ao cuidador idoso e desenvolvendo estratégias de suporte no desempenho do seu papel, de modo a promover a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado (McGarry & Arthur, 2001; Pinto, 2008, Braz & Ciosak, 2009).

Neste âmbito, confirma-se a evidência da necessidade de realização de uma avaliação multidimensional do cuidador idoso, a qual fornecerá uma base para o enfermeiro, em parceria com o idoso cuidador e idoso dependente, elaborarem um plano de cuidados que tenha em conta as necessidades de ambos, proporcionando assim um cuidado holístico (Plowfield, Raymond & Blevins, 2000).

Recomendações para a prática de cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem para além de centrada na pessoa idosa e família deve ser caracterizada pela utilização de metodologia científica, que incluirá a identificação dos seus problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, a recolha e apreciação dos dados sobre cada situação, a formulação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração e execução correta e adequada de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, a avaliação destes cuidados e reformulação das intervenções quando necessário (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012).

Avaliação inicial de enfermagem

Na prática clínica direcionada para o cuidado de enfermagem ao cuidador deve estar implícito um programa estruturado de intervenção que deve incluir uma avaliação do cuidador, realizada de forma estruturada e sistematizada, que saliente o carácter pessoal e subjetivo da experiência, mensurada por instrumentos de avaliação (*Family Caregiver Alliance* (FCA), 2006a).

Não havendo na literatura científica referências à avaliação do cuidador familiar que é idoso, utilizam-se documentos referentes ao cuidador familiar em geral, visando a especificidade do cuidador idoso ao incluir-se instrumentos de avaliação geriátricos.

O guia orientador para a avaliação do cuidador foi elaborado e estruturado com base nos seguintes documentos:

- “*Family Caregiving*” (Messecar, 2012): Nível de evidência I – VI;
- “*Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change volume I*” (FCA, 2006a) e “*Caregivers count too!*” (FCA, 2006b): Nível de evidência VI.

Relativamente aos instrumentos complementares de avaliação do cuidador familiar idoso:

- Instrumentos de avaliação do cuidador na prática clínica, traduzidos e validados para a população portuguesa:
 - Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013);
 - Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013);
 - Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013);
 - Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013).
- Instrumentos de avaliação funcional:
 - Índice de Barthel e Índice de Lawton (Sequeira, 2007, 2010a).
- Instrumento de avaliação do papel de prestador de cuidados:
 - Dimensões aplicáveis ao conhecimento do papel (conhecimento/aprendizagem de habilidades do cuidador) e comportamentos de adesão (Figueiredo, 2012).
- Instrumentos de avaliação geriátrica:
 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta (GDS-15).

Relativamente aos instrumentos complementares de avaliação do idoso com dependência nas ABVD/AIVD:

- Instrumentos de avaliação funcional:
 - Índice de Barthel e Índice de Lawton (Sequeira, 2007, 2010a).

De forma a contribuir para a correta e adequada compreensão e operacionalização deste guia pelo enfermeiro, elaboraram-se documentos de suporte:

- Princípios gerais para a avaliação do cuidador familiar (Apêndice I);
- Critérios de preenchimento do guia orientador de avaliação do cuidador idoso (Apêndice II).

Diagnóstico de enfermagem; elaboração de plano de cuidados e intervenções de enfermagem.

Na tomada de decisão, o enfermeiro, após identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e família, tem competência para, em parceria com esta, planejar o processo de cuidados. Ao prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas reais e potenciais identificados, incorporando o rigor técnico-científico na implementação destas, visa contribuir para a prevenção de complicações e maximizar o seu bem-estar e autocuidado (OE, 2012).

Por forma a contribuir para a prática sistematizada e baseada na evidência científica na equipa de enfermagem, mediante a revisão de literatura efetuada, apresentam-se no Guia orientador para intervenção de enfermagem linhas de orientação para formular os diagnósticos, os resultados e intervenções de enfermagem tendo em conta as prioridades de saúde selecionadas para o idoso que cuida, emergindo os focos de enfermagem: Papel de prestador de cuidados e Sobrecarga do cuidador (Figueiredo, 2012; Sequeira, 2010a).

Com base no autor Sequeira (2010a) elaborou-se um algoritmo de tomada de decisão (Apêndice III) no que se refere:

- À avaliação e intervenção relativamente ao exercício do papel do cuidador familiar;
- À aplicação dos instrumentos de avaliação do cuidador familiar e respetivo uso, consoante os resultados, na prática clínica (Sequeira, 2010a).

Para conhecimento da equipa de enfermagem aquando do planeamento da intervenção, com a cooperação da assistente social, criou-se um documento para consulta acerca dos diferentes recursos sociais presentes na comunidade: Recursos de apoio social existentes na comunidade (Apêndice V).

Avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo, assente nos focos de enfermagem prioritários. Fundamentando-se nos resultados obtidos, traduzidos por mudanças nos juízos diagnósticos, a avaliação do processo e do resultado permite tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto a reformulação de novos

diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

Registos de enfermagem

O registo da avaliação e intervenção ao cuidador idoso efetuado nos guias orientadores deverá manter-se no dossiê próprio das visitas domiciliárias, visando o acesso a toda a equipa e a continuidade de cuidados.

Para a organização dos cuidados de enfermagem são essenciais os registos que incorporem as necessidades de cuidados, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela pessoa.

Nesta linha de pensamento, atualmente, as tecnologias de informação e comunicação tornam-se determinantes para melhorar e avaliar o acesso, custo e qualidade dos cuidados de saúde. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) ao ser uma terminologia padronizada e suportar a documentação sistemática dos cuidados contribui significativamente para a obtenção de dados fiáveis e válidos sobre a prestação de cuidados de Enfermagem. Deste modo, aquilo que os enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados da pessoa pode ser avaliado (OE, 2014).

Para a essencial documentação dos registos de enfermagem no sistema de informação utilizado no serviço *Medicine One*®, produziu-se um documento de suporte para facilitar o processo: Registos de enfermagem no programa informático *Medicine One*® (Apêndice IV).

Neste demonstram-se os locais onde se deverá registar a informação colhida e quais as intervenções de enfermagem que a equipa deverá selecionar como “favoritas”.

Guias orientadores

| | GUIA ORIENTADOR |
|--|---|
| | AValiação DO Cuidador IDOSO DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA |

| INFORMAÇÕES GERAIS ACERCA DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA (ID) | | | |
|---|--|---------|--|
| Nome | | | |
| Data Nascimento | | N.º SNS | |
| Enfermeiro de referência | | | |
| Médico de família | | | |
| Morada | | | |
| Contacto | | | |

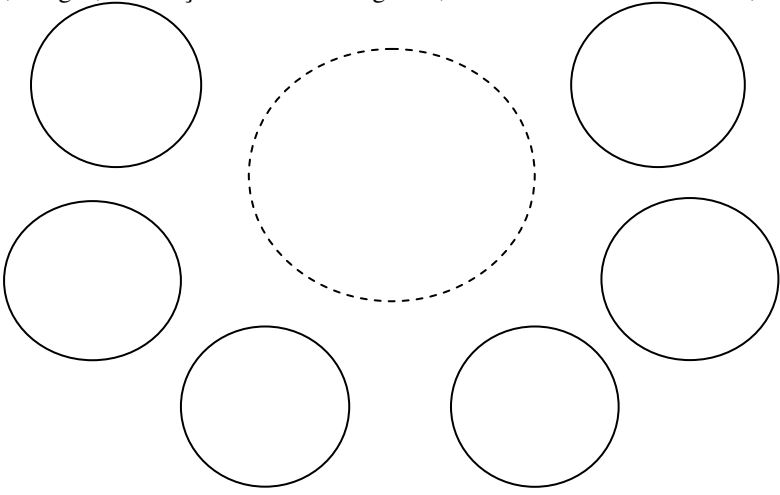
| INFORMAÇÕES GERAIS ACERCA DO CUIDADOR IDOSO (CI) | | | |
|--|--|---------|--|
| Nome | | | |
| Data Nascimento | | N.º SNS | |
| Enfermeiro de referência | | | |
| Médico de família | | | |
| Contacto | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| Avaliação realizada por: | |
| Data: | |

| CONTEXTO DO CUIDADOR IDOSO | | | |
|---|--|------|--|
| 1.Dados pessoais | | | |
| Idade | | Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |
| Estado civil | Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Escolaridade | Analfabeto <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1.º/2.º/3.º Ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino secundário ou superior <input type="checkbox"/> | | |
| Situação profissional/ocupação | Doméstico <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ | | |
| 2.Qual a sua relação com o ID? | | | |
| Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão/ã <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Vizinho/a <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ | | | |
| 3. Vive com o ID? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 4.Há quanto tempo cuida do ID? | | | |
| 1 a 6 m <input type="checkbox"/> 6 m a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 9 anos <input type="checkbox"/> > 10 anos <input type="checkbox"/> | | | |
| 5. Durante quanto tempo por dia cuida do ID? | | | |
| Contatos pontuais <input type="checkbox"/> 1 a 2h <input type="checkbox"/> 3 a 5h <input type="checkbox"/> 6 a 8h <input type="checkbox"/> 9 a 12h <input type="checkbox"/> 13 a 17h <input type="checkbox"/> 18 a 24h <input type="checkbox"/> | | | |
| 6. Tem a responsabilidade de cuidar de outras pessoas? | | | |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem? _____ | | | |
| 7.Como foi a sua escolha para cuidador familiar? | | | |
| Vontade própria <input type="checkbox"/> Decisão familiar/obrigação <input type="checkbox"/> | | | |
| Se segunda opção: Aceitou assumir este papel? <input type="checkbox"/> Ou sente que é obrigado/pressionado/a a cuidar? <input type="checkbox"/> | | | |
| Conforme resposta: Aceitação do papel Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. O ID aceita ser cuidado por si? | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. Como classifica a qualidade da relação com o ID? | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Muito fraca <input type="checkbox"/> | | | |
| 9.1 E com a restante família? | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Muito fraca <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. Composição da família. | | | |
| Genograma | | | |
| Geração 1 | | | |
| Geração 2 | | | |
| Geração 3 | | | |

| |
|--|
| 11. Tipo de família |
| Nuclear <input type="checkbox"/> Alargada <input type="checkbox"/> Reconstruída <input type="checkbox"/> Unipessoal <input type="checkbox"/> |
| 12. Ciclo vital da família |
| Família com filhos adultos (lançando os filhos e seguindo em frente) <input type="checkbox"/> Família no estágio tardio da vida <input type="checkbox"/> |
| 13. Ambiente físico do domicílio |
| Higiene da habitação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Barreiras arquitetónicas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quais _____ |
| Abastecimento água? Rede privada <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> |
| Abastecimento de gás? Gás natural <input type="checkbox"/> Gás canalizado <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ |

| |
|---|
| RECURSOS DO CUIDADOR IDOSO |
| 1.Existência de cuidador secundário? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem é? _____ |
| 2. Conta com o apoio informal de outras pessoas? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem? _____ |
| Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco _____ Amigo <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ |
| Em quê? |
| Ajuda nos cuidados <input type="checkbox"/> Companhia social <input type="checkbox"/> Apoio emocional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. Conta com serviços formais de apoio? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, em quê? |
| Apoio domiciliário (IPSS) <input type="checkbox"/> ; para: Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Limpezas <input type="checkbox"/> Tratamento de roupa <input type="checkbox"/> |
| Empregada doméstica <input type="checkbox"/> ; para: Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Limpezas <input type="checkbox"/> Tratamento de roupa <input type="checkbox"/> |
| Centro de dia <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Equipa de saúde da USF. <input type="checkbox"/> |
| Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ |
| 4. Conta com outros recursos comunitários? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quais? |
| Organizações religiosas <input type="checkbox"/> Organizações de voluntariado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ |
| 5.Sabe quais os recursos existentes nesta comunidade que lhe possam ser úteis? |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Se não, deseja informação acerca destes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (Recursos de apoio social-Apêndice IV) |
| 5. Que recursos financeiros detêm? |
| Ordenado <input type="checkbox"/> Reforma <input type="checkbox"/> Complemento solidário para idosos <input type="checkbox"/> Complemento por dependência <input type="checkbox"/> |
| Instituições <input type="checkbox"/> Ajudas técnicas <input type="checkbox"/> Ajuda monetária de outras pessoas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ |

| | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 6. Como classifica o apoio social que tem? (apoio de família/amigos/vizinhos/serviços formais, etc.) | | | | |
| Muito bom <input type="checkbox"/> | Bom <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> | Fraco <input type="checkbox"/> | Muito fraco <input type="checkbox"/> |
| 7. Relação com os sistemas mais amplos/ fluxo de recursos. | | | | |
| Ecomapa (família, amigos, instituições de saúde/religiosas, atividades de lazer e cultura, etc.) <div style="text-align: center;">  </div> | | | | |
| 8. Estratégias de coping. | | | | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades - CAMI (Anexo 6) | | | | |
| Outras informações _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

| PERCEÇÃO DO CUIDADOR RELATIVAMENTE À SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DO ID | |
|---|--|
| 1. Quais são os antecedentes pessoais do ID? | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| 2. Considera que o ID apresenta alterações a nível cognitivo? | |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> | |
| Se sim, tem problemas de comportamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| Se sim, quais? Com que frequência? _____ | |
| 3. Avaliação da capacidade funcional (Necessidade de ajuda nas ABVD e AIVD) | |
| <u>ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária - ABVD</u> | |

| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
|-------------------------------|--|-----------------------------|
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente fecal | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente ou algaliado | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |

| | | |
|---|--|----------------------------|
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD | |
| 90-100 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 40-55 | Moderadamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 20-35 | Severamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| <20 | Totalmente dependente | <input type="checkbox"/> |
| ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária - AIVD | | |
| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Só executa tarefas leves | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | <input type="checkbox"/> 5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só lava pequenas peças | <input type="checkbox"/> 2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | <input type="checkbox"/> 3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | <input type="checkbox"/> 4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só faz pequenas compras | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Faz as compras acompanhado | <input type="checkbox"/> 3 |
| | É incapaz de ir às compras | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só telefona para lugares familiares | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar o telefone | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só anda de táxi | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de acompanhamento | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar transportes | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | <input type="checkbox"/> 3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | <input type="checkbox"/> 3 |

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD | |
| 8 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | <input type="checkbox"/> |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ | | |
| _____ | | |

| COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR IDOSO PARA PRESTAR CUIDADOS | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.Como avalia a sua confiança e competência em cuidar? | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> | Boa <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> |
| Fraca <input type="checkbox"/> | Muito fraca <input type="checkbox"/> | |
| 2.Considera ter conhecimentos adequados acerca das tarefas de cuidar? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Avaliação do papel de prestador de cuidados. | | |
| Conhecimento do papel (dimensões aplicáveis) | | |
| <u>Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do cuidador idoso sobre:</u> | Sim | Não |
| Autocuidado Higiene | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica/periodicidade de lavagem dos dentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre higiene do cabelo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a técnica do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a técnica/periodicidade de lavagem dos dentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a higiene do cabelo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Vestuário | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a adequação do vestuário ao clima | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica para vestir e despir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica para vestir e despir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Comer | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre preparação de alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnica de alimentação (oral, SNG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica de alimentação (oral, SNG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Beber | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão de ingestão de líquidos adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnica de administração de líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica de administração de líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Autocuidado Ir ao sanitário | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado comportamento sono-reposo | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a importância de um sono reparador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a organização das horas de sono e repouso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado atividade recreativa | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a importância de manter atividades de lazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Atividade física (Deambulação, transferência cadeira/cama) | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestão do regime terapêutico | | |
| -Conhecimento sobre importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre fisiopatologia da doença | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportamentos de adesão | | |
| <u>O cuidador idoso:</u> | Sim | Não |
| Estimula a independência do idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove higiene adequada ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove a utilização de vestuário adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove ingestão nutricional adequada ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização pelo idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove comportamento sono-reposo adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove atividades recreativas adequadas ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove padrão de exercício adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assiste o idoso dependente na autovigilância | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ | | |
| _____ | | |

| BEM-ESTAR DO CUIDADOR IDOSO | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Como é que avalia (percepção própria) a sua saúde? | | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> | Boa <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> | Má <input type="checkbox"/> | Muito má <input type="checkbox"/> |
| 2. Comparativamente há 6 meses atrás acha que a sua saúde melhorou, está igual ou piorou? | | | | |
| Melhor <input type="checkbox"/> | Igual <input type="checkbox"/> | Pior <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Condições de saúde e sintomas. | | | | |
| 2.1. Tem algum problema de saúde/sintomatologia? | | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | |
| Se sim, quais? _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| 2.1.1. Acha que apresenta alterações a nível emocional ou está deprimido? | | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, especificar _____ | | | | |
| 2.2. Avaliação de Depressão Geriátrica | | | | |
| Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS-15) (Anexo 3) | | | | |
| 2.3. Avaliação funcional do CI | | | | |
| Avaliar a funcionalidade nas ABVD - Índice de Barthel (Anexo 1) e nas AIVD - Índice de Lawton (Anexo 2) | | | | |
| 2.4. Dificuldades reconhecidas do CI. | | | | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice de avaliação das dificuldades do prestador de cuidados – CADI. (Anexo 4) | | | | |
| Outras informações _____ | | | | |
| _____ | | | | |

| CONSEQUÊNCIAS DO CUIDAR | |
|---|--|
| 1. Sobrecarga do CI. | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar a Escala de sobrecarga do cuidador – ESC. (Anexo 7) | |
| 2. Benefícios reconhecidos do CI. | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados – CASI. (Anexo 5) | |
| Outras informações _____ | |
| _____ | |

| | GUIA ORIENTADOR |
|--|--|
| | INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR IDOSO DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA |

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Diagnóstico de enfermagem | | |
| Foco | Juízo | Juízo |
| Papel de cuidador familiar (conhecimento do papel/aprendizagem de habilidades/comportamentos de adesão não demonstrado) | Adequado <input type="checkbox"/> | Não adequado <input type="checkbox"/> |
| Intervenções de enfermagem | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados (ensinar, instruir, treinar o cuidador familiar ao nível do autocuidado) <input type="checkbox"/> - Orientar para a importância da manutenção da atividade do idoso dependente (exercícios, estimulação cognitiva, participação social, etc.) <input type="checkbox"/> - Orientar para a importância / motivar o cuidador familiar a promover o autocuidado <input type="checkbox"/> - Informar sobre recursos existentes, ajudas técnicas ou outras ajudas. <input type="checkbox"/> - Encaminhar para serviços sociais <input type="checkbox"/> | | |
| (Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012) | | |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Diagnóstico de enfermagem | | |
| Foco | Juízo | Juízo |
| Sobrecarga do cuidador familiar | Risco <input type="checkbox"/> | Atual <input type="checkbox"/> |
| Intervenções de enfermagem | | |
| <u>Suporte e apoio</u> Avaliar/identificar possíveis redes de apoio ao cuidador (formal, informal) <input type="checkbox"/> Promover a utilização adequada dos serviços de apoio existentes (ex.: descanso do cuidador) <input type="checkbox"/> Incentivar a participação nas atividades sociais <input type="checkbox"/> Supervisionar fatores predisponentes de sobrecarga <input type="checkbox"/> | | |

Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades □

Promover a adoção de estratégias de coping eficazes □

Promover a implementação de estratégias que promovam satisfação no cuidar □

Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda □

Orientar para a necessidade de vigilância de saúde e atividades promotoras de saúde □

Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio □

Permitir a verbalização de sentimentos e expectativas □

Disponibilizar ajuda □

Esclarecer dúvidas □

Encaminhar para equipa multidisciplinar (médico, assistente social, psicóloga, fisioterapêutica) □

Promoção da participação da família

Informar sobre as necessidades de cuidado ao familiar □

Consciencializar à participação da família para aliviar o cuidador idoso □

(Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012)

ANEXOS

1. ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária.

| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
|-------------------------------|--|-----------------------------|
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente fecal | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente ou algaliado | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD's | |
| 90-100 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 40-55 | Moderadamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 20-35 | Severamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| <20 | Totalmente dependente | <input type="checkbox"/> |

2.ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária.

| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
|---------------------------------------|--|----------------------------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Só executa tarefas leves | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | <input type="checkbox"/> 5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só lava pequenas peças | <input type="checkbox"/> 2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | <input type="checkbox"/> 3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | <input type="checkbox"/> 4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só faz pequenas compras | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Faz as compras acompanhado | <input type="checkbox"/> 3 |
| | É incapaz de ir às compras | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só telefona para lugares familiares | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar o telefone | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só anda de táxi | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de acompanhamento | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar transportes | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | <input type="checkbox"/> 3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | <input type="checkbox"/> 3 |
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD's | |
| 8 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | <input type="checkbox"/> |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | <input type="checkbox"/> |

3.ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – versão curta (GDS-15)

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 4. Anda muitas vezes aborrecido(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa de má? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 8. Sente-se desamparado(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 12. Sente-se inútil nas condições atuais? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 14. Sente que a sua situação é desesperada? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| Pontuação | | |
| 0-5 | Sem depressão | |
| 6-10 | Depressão ligeira | |
| 11-15 | Depressão grave | |

4. ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode ser difícil porque: | Não acon - tece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|---|---|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma pertur- bação | Perturba- me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | | | | |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação | | | | |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | | | | |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | | | | |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | | | |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | | | |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | | | | |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | | | |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | | | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | | | | |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | | | | |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | | | | |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | | | | |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | | | | |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | | | | |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | | | | |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado | | | | |
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | | | | |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | | | | |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | | | | |

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Não acon - tece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|--|---|---|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma pertur- bação | Perturba- me muito |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | | | | |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | | | | |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | | | | |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | | | | |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | | | | |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | | | | |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | | |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | | | | |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | | | | |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado | | | | |

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|--|------------------------------|------------------------|
| | | Não me perturba | Causa-me algu perturbação | Perturba-- me muito |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5.ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS SATISFAÇÕES DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Fontes de satisfação do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | | | | |
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | | | | |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | | | | |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | | | | |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | | | | |
| 11 | Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros | | | | |
| 12 | Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem | | | | |
| 13 | É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas | | | | |
| 14 | É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido | | | | |
| 15 | Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém | | | | |
| 16 | Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa | | | | |
| 17 | É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero | | | | |

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 18 | Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade | | | | |
| 19 | Ajuda a evitar que me sinta culpado | | | | |
| 20 | Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar | | | | |
| 21 | Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim | | | | |
| 22 | Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas | | | | |
| 23 | Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos | | | | |
| 24 | É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido | | | | |
| 25 | Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades | | | | |
| 26 | Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé | | | | |
| 27 | Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes | | | | |
| 28 | No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível | | | | |
| 29 | Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato | | | | |
| 30 | Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado | | | | |

Se há outros aspetos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dá.

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE DAR SATISFAÇÃO PORQUE: | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| | | | | |

6. ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS MANEIRAS COMO O PRESTADOR DE CUIDADOS ENFRENTAR AS DIFICULDADES

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Brito, 2000; Sequeira 2007; 2010a, 2013)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proce- do desta forma | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | | Não dá resulta- do | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | | | | |
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | | | | |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | | | | |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | | | | |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | | | | |
| 6 | Ver o lado cómico da situação | | | | |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | | | | |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar | | | | |
| 9 | Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido | | | | |
| 10 | Procurar obter toda a informação possível acerca do problema | | | | |
| 11 | Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está | | | | |
| 12 | Viver um dia de cada vez | | | | |
| 13 | Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder | | | | |
| 14 | Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível | | | | |
| 15 | Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível | | | | |
| 16 | Pensar que a situação está agora melhor do que antes | | | | |
| 17 | Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | | |
| 18 | Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução | | | | |
| 19 | Chorar um bocado | | | | |
| 20 | Aceitar a situação tal como ela é | | | | |

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proce- do desta forma | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | | Não dá resulta- Do | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 21 | Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante | | | | |
| 22 | Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe | | | | |
| 23 | Tomar medidas para evitar que os problemas surjam | | | | |
| 24 | Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas | | | | |
| 25 | Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação | | | | |
| 26 | Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento | | | | |
| 27 | Manter dominados os meus sentimentos e emoções | | | | |
| 28 | Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género | | | | |
| 29 | Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido | | | | |
| 30 | Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte | | | | |
| 31 | Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes | | | | |
| 32 | Procurar ver o que há de positivo em cada situação | | | | |
| 33 | Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela | | | | |
| 34 | Pensar que ninguém tem culpa da situação | | | | |
| 35 | Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico | | | | |
| 36 | Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes | | | | |
| 37 | Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras | | | | |
| 38 | Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa | | | | |

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

| N.º | UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É: | Faço assim e penso que: | | |
|-----|---|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| | | | | |
| | | | | |

7.ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR.

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| N.º | Item | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|---|-------|-------------|----------|--------------|--------------|
| 1 | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita? | | | | | |
| 2 | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? | | | | | |
| 3 | Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer? | | | | | |
| 4 | Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar? | | | | | |
| 5 | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar? | | | | | |
| 6 | Considera que a situação atual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | | | | | |
| 7 | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? | | | | | |
| 8 | Considera que o seu familiar está dependente de si? | | | | | |
| 9 | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar? | | | | | |
| 10 | Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 11 | Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar? | | | | | |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar? | | | | | |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? | | | | | |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem? | | | | | |
| 16 | Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | | | | | |
| 17 | Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? | | | | | |
| 18 | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? | | | | | |
| 19 | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? | | | | | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | | |
| 21 | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | | | |
| 22 | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |

Glossário

| | |
|---|---|
| Cuidador familiar | Refere-se a qualquer familiar, parceiro, amigo ou vizinho que mantém uma relação pessoal significativa e fornece assistência à pessoa idosa ou ao adulto com doença crônica ou incapacidade. Estes indivíduos podem ser cuidadores primários ou secundários e viver com ou separadamente da pessoa à qual prestam cuidados (FCA, 2006a). |
| Avaliação do cuidador | Processo sistemático de colheita de informação que descreve a situação de cuidado e identifica especificamente quais os problemas, necessidades, recursos e pontos fortes do cuidador familiar. Aborda a questão a partir da perspectiva e cultura do cuidador, foca-se no tipo de assistência que o cuidador necessita e nos resultados que deseja ao nível de apoio, almejando a manutenção da saúde e bem-estar deste (FCA, 2006a). |
| Família | “A família é quem os seus membros dizem ser” (Wright & Leahey, 2002, p.48) |
| Atividades básicas de vida diária | “São definidas como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo atividades como: comer, uso da casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010a, pág. 46). |
| Atividades Instrumentais de vida diária | “São constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.” (Sequeira, 2010a, pág. 53). |

Referências bibliográficas

Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.

Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista Referência*, III série (2), 45-53. Acedido a 17/7/ 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a05.pdf>

- Botelho, M. A. S. B. (2000). *Autonomia funcional em idosos – Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratórios Bial.
- Braz, E. & Ciosak, S. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (2), 372-377. Acedido a 10/6/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>
- Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Family Caregiver Alliance (2006a). *Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change*. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Family Caregiver Alliance (2006b). *Caregivers count too! A Toolkit to Help Practitioners Assess the Needs of Family Caregivers*. San Francisco. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: <https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/Assessment Toolkit 20060802.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador familiar*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.
- McGarry, J. & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life: a qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 182-189.
- Pinto, C. V. D. T. (2008). *Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores*. (Tese de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Messecar, D. C. (2012). Family Caregiving. In: Boltz, M. Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D., (Eds.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 469-499).

New York: Springer Publishing Company. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43925>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). E-publicação: Ordem dos enfermeiros. (Tradução do original do inglês, 2013, Genebra: ICN - Internacional Council of Nurses). Acedido a 14 de Setembro de 2014. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Plowfield, L. A., Raymond, J. E. & Blevins, C. (2000). Wholism for aging families: meeting needs of caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 14 (4), 51-59.

Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.

Sequeira C. (2010a). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série (12), 9 - 16.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3-4), 491 - 500.

<http://www.stanford.edu/~yesavage/Portuguese3.html> Acedido em 2014/10/26

Apêndices

Apêndice I - Princípios gerais para a avaliação do cuidador familiar.

Apêndice II - Critérios de preenchimento do guia orientador de avaliação do cuidador idoso.

Apêndice III – Algoritmo de decisão: Cuidador idoso

Apêndice IV – Registos de enfermagem no programa informático Medicine One®.

Apêndice V - Recursos de apoio social existentes na comunidade.

APÊNDICE I - PRINCÍPIOS GERAIS PARA A AVALIAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

Da conferência para o desenvolvimento de um consenso relativo à avaliação do cuidador, surgiram alguns princípios básicos a considerar (FCA, 2006a, 2006b).

Orientações para a prática

1. Considerações gerais

1.1. Deve-se reconhecer as dimensões chave da prestação de cuidados:

- A unidade de cuidados é a díade cuidador/pessoa cuidada;
- O cuidador é considerado como parte da equipa de saúde e parceiro de cuidados;
- A avaliação e suporte ao cuidador favorecem a continuidade dos cuidados prestados e melhoram os seus resultados.

1.2 A forma e conteúdo do processo de avaliação do cuidador deve ser construído e adaptado ao contexto de cuidados e serviço no qual se pretende implementar o programa de cuidados:

- Não existe uma abordagem única e ideal para todos os contextos de cuidados e situações;
- O objetivo da avaliação, as questões éticas, a capacidade e recursos dos serviços devem ser considerados.

1.3 Aspetos a considerar:

- Sempre que possível, devem-se usar ferramentas de avaliação que são:
 - Práticas e aplicáveis aos cuidadores familiares;
 - Previamente aplicadas ou que podem ser aplicadas no contexto de cuidados do serviço;
 - Confiáveis e válidas;
 - Citadas na literatura científica;
- Ser o mais simples e direto possível aquando da sua aplicação;
- Conhecendo o contexto da população de cuidadores a avaliar, preparar-se para ir ao encontro destes, sendo capaz de comunicar ao nível da sua linguagem e entender os seus valores culturais uma vez que afetam o cuidado;
- Realizar as perguntas de avaliação de forma sistemática a todos os cuidadores.

1.4 As razões para a realização da avaliação devem ser claras para ambos: o avaliador e o cuidador. Estas são:

- Identificar o principal cuidador e outros familiares e amigos que estão envolvidos na prestação de cuidados;
- Melhorar a compreensão do seu papel de cuidador e quais as habilidades necessárias para realizar as tarefas;

- Fornecer aos profissionais informação para compreender a situação de cuidados (prestação de cuidados, problemas não resolvidos e potenciais riscos para o cuidador) de modo a responder às necessidades do cuidador;
- Identificar quais os recursos e serviços disponíveis para referenciar quer o cuidador, quer a pessoa cuidada.

1.5 No planeamento de cuidados o profissional deve valorizar os resultados da avaliação efetuada ao cuidador e o que este pretende que aconteça:

- A avaliação é apenas uma ferramenta não é um fim em si mesmo, devendo capacitar o cuidador para tomar decisões informadas e interligá-lo com os serviços comunitários.

2. Quem deve ser avaliado?

- À pessoa que se identifica como cuidador familiar deve ser oferecida/sugerida a sua avaliação;
- A presença ou ausência de outros membros da família ou da pessoa com dependência depende da situação e da preferência das pessoas envolvidas.

3. Quando deve a avaliação acontecer?

O processo de avaliação do cuidador deve ser usado diversas vezes ao longo do tempo:

- Todos os cuidadores devem ser avaliados o mais cedo possível. É recomendada uma triagem inicial para determinar se o cuidador evidencia querer esta avaliação, verificando se demonstra alguma necessidade, sofrimento ou se procura aconselhamento ou ajuda. Se o cuidador não desejar a avaliação deve-se sugerir que contacte a equipa de enfermagem quando sentir que necessita de ajuda;
- A oportunidade para uma avaliação do cuidador pode ser acionada por: encaminhamento de profissionais de saúde, pedido do próprio cuidador, qualquer alteração no estado de saúde, diminuição da capacidade funcional do cuidador ou da pessoa cuidada, transição de contexto de cuidados (após hospitalização, entre outros), preocupação manifestada por outro membro da família ou amigo;
- A avaliação deve ser um processo contínuo, pelo que, uma reavaliação é recomendada a cada quatro a seis meses de modo a identificar novas mudanças ou desafios (pergunta-chave: alguma coisa mudou /como vão as coisas?) ou quando os cuidadores verbalizam que a sua situação e/ou necessidades se modificaram. A reavaliação é essencial para avaliar o resultado das intervenções de enfermagem e o plano de cuidados prescrito, além de confirmar se persistem necessidades não satisfeitas.

4. Onde deve a avaliação decorrer?

Num ambiente privado que seja conveniente para o cuidador. Especialistas em geral concordam que idealmente o processo de avaliação deve ser realizado na casa do cuidador, mediante visita domiciliária uma vez que permite ao profissional compreender o ambiente em contexto familiar.

5. Como deve ser realizada?

- Deve sempre ser claro para o cuidador que a avaliação está a ser realizada, explicando que as informações recolhidas servem o objetivo principal de o ajudar. Assim sendo, a entrevista deve sempre ser enquadrada no contexto de "- Eu gostaria de saber como podemos ajudar";
- Diferentes técnicas, tais como a observação direta, entrevista clínica, questionários, podem ser utilizadas para obter informação;
- Considera-se que certas partes da avaliação podem ser autoadministradas pelos cuidadores.

6. Quem a deve realizar?

- Vários profissionais podem realizar a avaliação do cuidador (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.);
- Cada profissional aborda a avaliação de forma diferente, ao unirem-se num trabalho de equipa multidisciplinar, estas diferenças transformam-se em pontos fortes que irão beneficiar o cuidador e a sua família;
- Para efetuar uma avaliação adequada o profissional deve deter as competências necessárias. Desta forma, deve receber um treino, supervisão e feedback acerca de como realizar avaliações sistemáticas das necessidades do cuidador, como usar instrumentos e medidas específicos, como interpretar as informações recolhidas, e como trabalhar com o cuidador e família para desenvolver um plano de cuidados.

Referências bibliográficas:

- Family Caregiver Alliance (2006a). *Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change*. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Family Caregiver Alliance (2006b). *Caregivers count too! A Toolkit to Help Practitioners Assess the Needs of Family Caregivers*. San Francisco. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: [https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/Assessment Toolkit_20060802.pdf](https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/Assessment_Toolkit_20060802.pdf)

APENDICE II - CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO DO GUIA ORIENTADOR

1. Contexto do Cuidador Idoso

Genograma

O Genograma e o Ecomapa são dois instrumentos que, devendo ser usados em simultâneo, são úteis para delinear a estrutura familiar (interna e externa). Podem ser usados em todos os ambientes de cuidados da saúde, especialmente em cuidados de saúde primários, para aumentarem a perceção da enfermeira sobre toda a família, bem como as interações desta com os sistemas mais amplos e a sua família extensa (Wright & Leahey, 2009).

Estes representam uma componente essencial de avaliação da família, constituindo uma fonte valiosa de informação para planear estratégias de intervenção (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

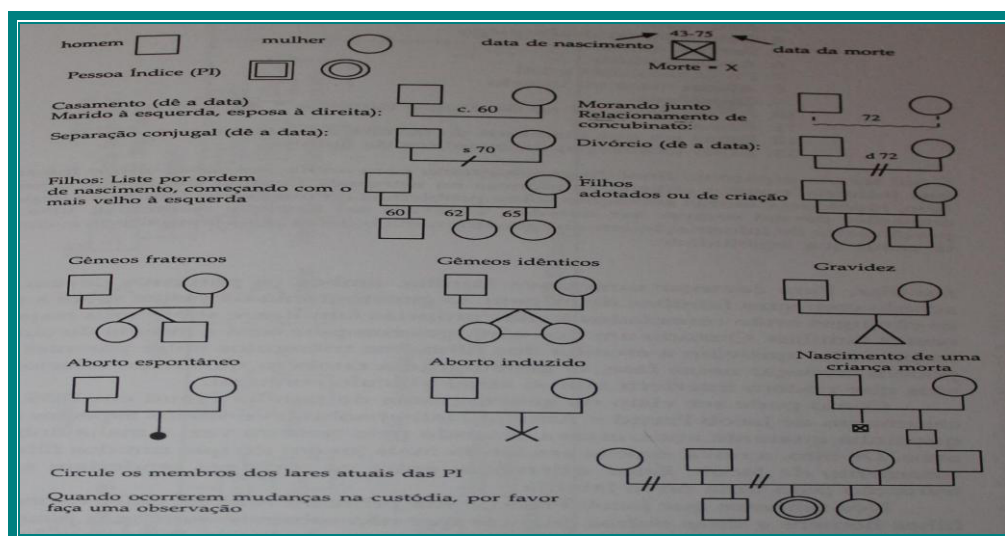
Um Genograma é um diagrama do grupo familiar, consistindo no desenho de uma árvore genealógica que regista informação acerca dos membros da família e das suas relações ao longo de, pelo menos, três gerações. A enfermeira ao discernir as estruturas familiares internas e externas, bem como o contexto, obtém uma compreensão da composição e vínculos da família (Hanson, 2005; McGoldrick, 2008; Wright & Leahey, 2009).

Durante uma entrevista de avaliação, o enfermeiro faz perguntas à família para obter informação sobre a sua origem e depois completa o genograma em conjunto com a família. O Genograma não tem de ser completado de uma só vez, os dados podem ser acrescentados ao longo do tempo num processo contínuo (Hanson, 2005).

Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de gerações. Os filhos são denotados por linhas verticais e são inseridos por ordem de nascimento da esquerda para a direita a partir do filho mais velho. O nome e a idade devem ser anotados do lado de dentro do quadrado ou círculo. Do lado de fora do símbolo dados significativos devem ser anotados (religião, educação, história clínica, profissão, outros acontecimentos centrais). O ano da morte de algum membro da família é indicado acima do símbolo respetivo.

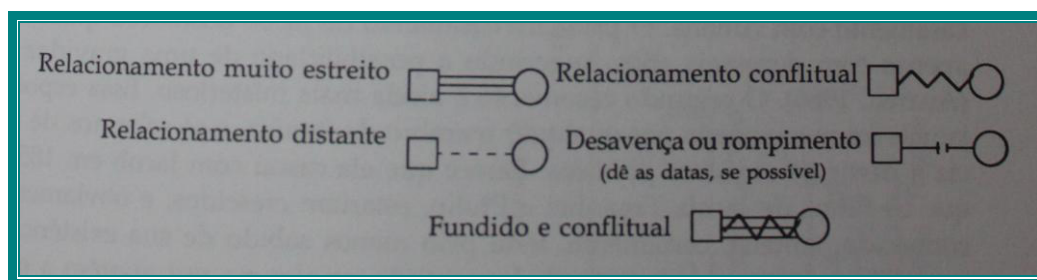
A figura 1 mostra os símbolos usados para descrever a relação básica entre os membros e a estrutura da família e a figura 2 os padrões de interação familiar.

Figura 1 – Símbolos que descrevem a associação e estrutura familiar básica.



Fonte: McGoldrick (2008)

Figura 2 – Padrões de interação familiar



Fonte: McGoldrick (2008)

Tipo de família

“A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012, p. 74)”. As tipologias de família podem ser: i) casal - parceiros que podem ser ou não legalmente casados; ii) família nuclear - casal com um ou mais filhos biológicos ou adotados, podendo ser ou não legalmente casados; iii) família reconstruída - casal em que pelo menos um dos elementos teve uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento; iv) coabitação - homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação; v) unipessoal - uma pessoa numa habitação; vi) alargada - constituída por três gerações, ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco (Figueiredo, 2012).

Ciclo vital da família

O ciclo vital da família refere-se à trajetória típica da maioria das famílias. Os eventos típicos do ciclo vital familiar associam-se às entradas e às saídas dos membros da família, as quais geram mudanças que necessitam de reorganização dos papéis e regras familiares. O curso do ciclo vital das famílias evolui em sequências, geralmente previsíveis, de estágios em que apesar das variações individuais, existem estratégias de adaptação e oportunidade.

No decurso dos estágios e tarefas delineadoras implícitos ao ciclo vital da família, são normais as contradições e dificuldades inerentes à progressão durante o ciclo vital, além do mais, as famílias são sistemas complexos que têm que se adaptar a progressões diferentes ao mesmo tempo (Wright & Leahey, 2009).

A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, partindo do pressuposto que as transformações inerentes ao desenvolvimento familiar envolvem transformações impulsionadoras de mudanças ao nível do funcionamento da família, da sua estrutura e dos seus processos de interação, permite melhorar a compreensão contextual da família (Figueiredo, 2012).

As famílias têm um ciclo de vida com estádios e mudanças de desenvolvimento previsíveis ao longo do tempo (Hanson, 2005).

Segundo McGoldrick (2008), cada um dos estágios do ciclo vital do desenvolvimento da família, interrelaciona-se a processos emocionais de transição (denominado princípios-chave) e a alterações de segunda ordem (questões abordadas e tarefas que se devem cumprir durante cada estágio). Na figura 3 estão representados os possíveis estágios vivenciados pelas famílias que cuidam de um idoso com dependência, o quinto e sexto estágio de acordo com o autor.

Figura 3 - Mudanças familiares necessárias para ocorrer o desenvolvimento

| | | |
|--|--|--|
| 5. Lançando os filhos e seguindo em frente | Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar | a. Renegociar o sistema conjugal como diáde b. Desenvolvimento de relacionamentos de adulto-para-adulto entre os filhos crescidos e seus pais c. Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos d. Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós) |
| 6. Famílias no estágio tardio da vida | Aceitar a mudança dos papéis geracionais | a. Manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico b. Apoiar um papel mais central da geração do meio c. Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela d. Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida |

Fonte: McGoldrick (2008)

2. Recursos do cuidador idoso

Ecomapa

O Ecomapa é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade, consistindo num diagrama que demonstra a natureza das relações dos membros da família com o mundo que os rodeia, dando ênfase ao atual funcionamento familiar e ao seu contexto ambiental (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

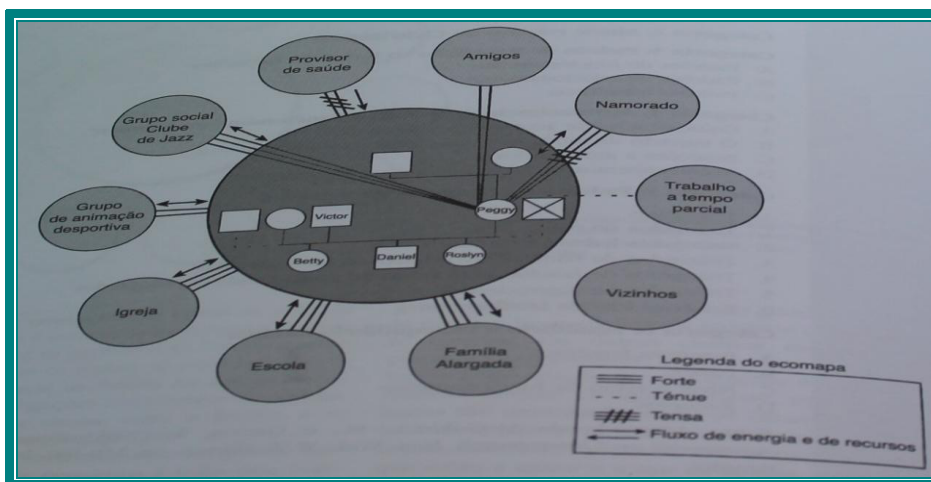
O Ecomapa é um instrumento que sistematiza uma ampla informação factual, proporcionando ao enfermeiro uma perceção integrada da situação presente da família. Pode também ser usado para estabelecer objetivos, tais como aumentar as ligações e trocas com as pessoas e a comunidade.

Para preencher o Ecomapa coloca-se o genograma da família no círculo central a que se dá o nome de “família ou agregado familiar” e este marcará a fronteira entre a família e o seu ambiente exterior. Os círculos externos representam pessoas, organizações ou instituições importantes dentro do contexto familiar (Hanson, 2005, Wright & Leahey, 2009).

As linhas são desenhadas entre os círculos externos e os membros da família de modo a representar a natureza e a qualidade das relações. Linhas retas indicam fortes vínculos, linhas em pontos vínculos ténues e linhas cortadas relações stressantes. Quanto maior a linha maior o vínculo. As setas indicam a direcção do fluxo de energia e os recursos entre indivíduos e entre a família e o ambiente.

A figura 4 exemplifica um Ecomapa de família.

Figura 4 – Ecomapa de família



Fonte: Hanson (2005)

Referências bibliográficas:

- Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca

3. Instrumentos complementares de avaliação

A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso. Contudo a utilização de escalas/índices não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados mais subjetivos e específicos de cada caso, fundamentais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados prestados (Sequeira, 2010).

Assim descrevem-se e analisam-se os diferentes instrumentos de medida selecionados como os mais adequados em função dos objetivos pretendidos, das necessidades dos idosos, das competências dos profissionais de saúde e do seu interesse clínico. Os instrumentos a utilizar na prática clínica foram devidamente estudados e validados para a população portuguesa.

3.1. Instrumentos de avaliação funcional

A avaliação funcional é uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados ao idoso com dependência. A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilitam a prescrição de intervenções adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico (Sequeira, 2010).

Segundo Figueiredo (2007), a dependência tem sido classificada em três níveis: ligeira, moderada e grave. No primeiro nível, o indivíduo necessita apenas de supervisão ou vigilância, mantendo alguma independência nas atividades de vida diária. No segundo nível, o indivíduo necessita não só de supervisão mas também de alguma assistência para realizar algumas atividades específicas. No último nível, o indivíduo necessita de ajuda permanente no seu quotidiano, não tendo capacidade para realizar um determinado conjunto de tarefas específicas.

Índice de Lawton : Avaliação das atividades instrumentais de vida diária.

Segundo Sequeira (2010), em 1969, Lawton e Brody desenvolveram o índice de Lawton, um instrumento de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). São atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade.

Em contexto comunitário, é uma das escalas mais utilizadas na prática clínica para avaliar a funcionalidade instrumental e, consequentemente, o nível de independência da pessoa idosa na realização das AIVD, as quais compreendem oito atividades como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência.

Algumas das razões subjacentes ao seu uso alargado são a sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, não exigir pessoal especializado para a sua aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda devido à sua utilidade para rastreio (precoce) da incapacidade.

Por se desconhecer estudos de validação para a população portuguesa, Sequeira (2007), procede à análise de algumas características psicométricas e vem reforçar o carácter unidimensional deste instrumento.

Ademais, o Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas AIVD de forma global e de forma parcelar (Sequeira, 2007, 2010).

Tendo consciência que não existem instrumentos perfeitos, a literatura também chama a atenção de alguns pontos fracos associados ao instrumento, como é o facto de algumas das atividades contempladas (limpeza da casa, lavagem da roupa, cozinhar) serem influenciadas pela cultura e pelo género, pois em algumas regiões do globo, nomeadamente nas sociedades ocidentais, são tradicionalmente realizadas pelas mulheres (Botelho, 2005).

Referências Bibliográficas:

- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portuga. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 115-138). Lisboa: Climepsi Editores
- Figueiredo, D. M. P. (2007) *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda

Índice de Barthel: Avaliação das atividades básicas de vida diária.

Segundo Sequeira (2010), em 1965, Mahoney e Barthel desenvolveram o índice de Barthel, um instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD), que se definem como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem à pessoa viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, sendo atividades imprescindíveis para se viver de forma independente.

Deste modo, avalia a capacidade funcional e, consequentemente, nível de independência do idoso para a realização de dez ABVD: comer, usar a casa de banho, arranjar-se, tomar banho, vestir e despir-se, controlar os esfíncteres, deambular, transferir-se da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, na qual a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência é pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação.

A cotação deste instrumento situa-se entre 0 e 100 pontos, estabelecendo diferentes graus de dependência, sendo a pontuação inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência.

Este pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado.

Relativamente ao Índice de Barthel, apesar de ser frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação, desconhecia-se estudos de validação para a população portuguesa e das suas propriedades psicométricas. Nesse intuito, Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), realizam um estudo de adaptação e validação para Portugal do índice de Barthel num grupo de idosos não institucionalizados. Este revelou que se apresenta como um instrumento com um nível de fidelidade elevado, que permite a avaliação das pessoas idosas, de uma forma objetiva, podendo ser utilizado na comunidade. O estudo deste instrumento veio diferenciar o autocuidado e a mobilidade por um lado e a eliminação por outro.

Sequeira (2007) procede igualmente à sua análise, na qual, através da análise factorial, identifica três fatores que explicam 75% da variância total- os quais rotula de mobilidade; higiene e controlo dos esfíncteres.

O primeiro fator intitulado por mobilidade avalia as atividades que necessitam da mobilização/articulação dos membros superiores e/ou inferiores e inclui os itens: alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência para a cadeira.

O segundo fator intitulado de higiene inclui os itens: banho e higiene corporal. O terceiro fator intitulado de controlo de esfíncteres inclui os itens: controlo intestinal e vesical.

Assim, este instrumento sugere que as ABVD apresentam uma natureza multidimensional organizadas em três domínios, o que possibilita a determinação do grau de dependência de forma global e de forma parcelar - mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres (Sequeira, 2007, 2010).

No contexto clínico, dá-nos uma informação importante, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e, como tal, adequar os cuidados às suas necessidades individuais (Araújo et al, 2007).

Referências Bibliográficas:

- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda

3.2. Instrumentos de avaliação da pessoa idosa

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS-15)

Segundo Sequeira (2010), em 1983, Yesavage e colaboradores criaram a Escala de Depressão Geriátrica – *Geriatric Depression Scale* (GDS), com o objetivo de ser utilizada, especificamente, em pessoas idosas para identificar os sintomas de depressão, diferenciando idosos deprimidos de não deprimidos (Sequeira, 2010).

Trata-se de uma escala de heteroavaliação, composta por trinta perguntas, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido nas últimas semanas. Também pode ser autoaplicada. Apresenta como vantagem a fácil aplicação, requerendo apenas 5 a 10 minutos (Sequeira, 2010).

Algumas vezes a depressão encontra-se associada à demência dificultando o diagnóstico de ambas. Portanto, numa fase precoce é importante o uso deste instrumento de medida de forma a ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão. Porém, não deve ser utilizada em doentes com demência moderada ou grave, devido à incapacidade dos doentes responderem adequadamente (Sequeira, 2010).

A Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage no ano de 1986, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (Apóstolo, 2012).

A versão GDS com 15 itens é bastante útil para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

Na página oficial da GDS, os autores consideram que a escala está no domínio público. A escala utilizada foi adaptada para português europeu em 2010 por Apóstolo (2011).

Pontuação da GDS-15:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15;
- 1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 13.

Referências Bibliográficas:

- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 2014/10/26. Disponível em:
http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>
- Sequeira, Carlos (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda
<http://www.stanford.edu/~yesavage/Portuguese3.html> Acedido a 2014/10/26

3.3. Instrumentos de avaliação do cuidador

Seguidamente apresentam-se um conjunto de instrumentos de avaliação do cuidador, validados para a população portuguesa. São instrumentos que se baseiam na autoavaliação dos cuidadores familiares acerca de vários aspetos da situação de cuidados.

Segundo Sequeira (2010), o *Carer's Assessment of Difficulties Index* (CADI), o *Carer's Assessment of Satisfaction Index* (CASI) e o *Carer's Assessment Managing Index* (CAMI) são um conjunto de questionários desenvolvidos por Nolan e colaboradores no Reino Unido, traduzidos e adaptados para a população portuguesa por Barreto e Brito, em 2000, com o objetivo de permitir avaliar as dificuldades percecionadas, as fontes de satisfação e as estratégias de *coping* usadas pelos cuidadores familiares.

Sequeira (2007) efetua a avaliação das características métricas destes instrumentos, bem como da sua versão abreviada, criada a partir dos dados do seu estudo. Embora o estudo tenha permitido encontrar outras categorias/dimensões de CADI, CASI e CAMI diferentes da população do Reino Unido, atribuindo-as à especificidade dos cuidadores em Portugal, este refere a necessidade de desenvolvimento de novos estudos, de modo a possibilitar a avaliação da sua consistência, pelo que são utilizadas as originais, as quais o autor cedeu.

Quanto à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007), a partir da *Burden Interview Scale de Zarit*.

Tendo em conta a análise da literatura e as áreas-chave de avaliação do cuidador, incluiu-se o CAMI na dimensão recursos do cuidador, o CADI no bem-estar do cuidador e o CASI E ESC nas consequências do cuidar.

Em resumo, visando o interesse para a prática clínica, verifica que as dificuldades (CADI) têm correlação positiva com a sobrecarga (ESC), sugerindo que maiores dificuldades são habitualmente sinónimo de maior sobrecarga. A utilização de estratégias de coping (CAMI) tem correlação positiva e elevado valor prognóstico para com a satisfação (CASI) e vice-versa, sugerindo que uso de estratégias de coping de forma eficaz está associado a níveis mais elevados de satisfação ou vice-versa, deste modo, as intervenções que incidam nas estratégias de *coping* ou na satisfação terão repercussões mútuas (Sequeira, 2010a).

A sobrecarga (ESC) e a satisfação (CASI) apresentam correlação negativa, sugerindo que podem existir em simultâneo. Também refere que as estratégias de *coping* têm um baixo valor preditivo em termos de sobrecarga e que as dificuldades não têm um valor preditivo significativo em termos de satisfação (Sequeira, 2010a).

As dificuldades são então as principais responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga pelo que o CADI é um instrumento com elevada capacidade preditiva de sobrecarga, sendo aconselhável prestar atenção a estas como estratégia para a prevenção e/ou diagnóstico da sobrecarga (Sequeira, 2010a).

Índice de Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

Tem como objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes, nas situações de prestação de cuidados a familiares idosos, assim como a forma como, em cada caso, os prestadores de cuidados percecionam e vivenciam essas dificuldades (Brito, 2000).

O Índice de Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) é composto 30 questões relacionadas com potenciais dificuldades sentidas e percebidas pelos cuidadores familiares, na prestação de cuidados ao idoso, que podem implicar alterações na prestação de cuidados, na sua vida social, na sua saúde e na situação económica, relacionamentos com a pessoa cuidada e restante família e no apoio prestado pelos profissionais e família (Brito, 2000).

É um instrumento útil para identificar as necessidades/dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar, possibilitando a elaboração de um plano individualizado de intervenções de forma a fornecer e implementar uma adequada resposta formal em cada caso, de acordo com as necessidades específicas de cada família (Brito, 2000; Sequeira, 2010a).

É um índice desenvolvido para ser utilizado em termos clínicos, sendo também útil ao nível da investigação, pois permite descrever de forma quantitativa e qualitativa e mensurar e as principais dificuldades do cuidador.

Para a avaliação de cada dificuldade, o cuidador tem quatro possibilidades de resposta: Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4); devendo responder conforme a situação em questão acontece no seu caso particular.

No final do índice existe uma pergunta aberta onde o cuidador pode mencionar dificuldades que não tenham sido contempladas nas 30 questões anteriores.

Nesta versão (1-4), é obtida uma pontuação global que varia entre 30 e 120. O ponto médio da escala é de 45, podendo o cuidador obter uma pontuação mínima de 30 e máxima de 120.

Subdivide-se nos seguintes fatores:

- Problemas relacionais com o idoso, integrando os itens (5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26);
- Reações à prestação de cuidados, integrando os itens (1, 2, 3, 9, 17, 19, 29, 30);
- Exigências de ordem física da prestação de cuidados, integrando os itens (6, 10, 13, 15, 23, 24);
- Restrições na vida social, integrando os itens (8, 18, 20);
- Falta de apoio familiar, integrando os itens (16 e 28);
- Falta de apoio profissional, integrando os itens (7 e 27);
- Problemas financeiros, integrando os itens (4 e 21).

A aplicação do CADI no estudo de Sequeira (2007) possibilitou encontrar outras categorias diferentes da população do Reino Unido e que a seguir se descrevem:

- Problemas relacionais (PR) integrando os itens (5, 11, 12, 14, 17, 22, 25 e 26);
- Restrições sociais (RS) integrando os itens (1, 3, 8, 9, 18, 20, 21);
- Exigências do cuidar (EC) integrando os itens (6, 10, 13, 15, 19, 23, 24);
- Reações ao cuidar (RC) integrando os itens (4, 2, 29,30);
- Apoio familiar (AF) integrando os itens (16 e 28);
- Apoio profissional (AP) integrando os itens (7 e 27).

Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI).

É composto por trinta e oito afirmações relacionadas com as principais estratégias de *coping*, ou seja, com a forma como cada cuidador familiar resolve/atenua as dificuldades percebidas no âmbito do cuidar do idoso com dependência.

Relativamente a cada estratégia de resolução de problemas para superar as dificuldades descrita na CAMI, para além da possibilidade de registo da sua utilização ou não, o cuidador ainda tem a possibilidade de referir a perceção de grau de eficácia em cada situação. Assim, as questões foram agrupadas de acordo com as estratégias de resolução de problemas, numa escala tipo *Likert* onde o cuidador deverá indicar-se: a utiliza ou não (1), e em caso afirmativo, deverá referir se dá resultado (2); se dá algum resultado (3) ou se dá bastante bom resultado (4)

Pressupõe as seguintes categorias:

- Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas, integrando os itens (1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31, 33);
- Perceções alternativas sobre a situação, integrando os itens (6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32, 34);
- Lidar com sintomas de *stress*, integrando os itens (2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37, 38)

Este instrumento pode ser útil ao nível da investigação mas a sua conceção dirigiu-se essencialmente para a prática clínica. Estando concebido para aplicação individual e prevendo a avaliação item por item, constitui uma ferramenta potencialmente útil, permitindo avaliar as estratégias de *coping* usadas/grau de eficácia pelos cuidadores, possibilitando a sua otimização pelos profissionais de saúde (Sequeira, 2010a).

No estudo de Sequeira (2007), a análise do CAMI permitiu sugerir a utilização na prática clínica de uma versão abreviada que inclui as estratégias implementadas pela maioria dos

cuidadores e que dão algum resultado, excluindo as que raramente são utilizadas, havendo um espaço no instrumento onde o cuidador pode referir outra estratégia que resulte consigo.

Assim, cria uma versão reduzida do instrumento (26 itens), agrupando 6 fatores relacionados com as estratégias de *coping*.

1. Estratégias centradas na prestação de cuidados (ECPC): preventivas/antecipatórias de modo a facilitar a prestação de cuidados, integrando os itens (1, 5, 10, 23, 25, 29 e 31);
2. Perceções alternativas sobre a situação (PAS): relacionadas com a forma como o cuidador percebe a situação de forma positiva para minimizar o problema, integrando os itens (7, 11, 12, 32 e 34);
3. Estratégias centradas no problema (ECP): relacionadas com a forma de lidar/resolver o problema, minimizando-o, integrando os itens (17, 18, 30);
4. Estratégias centradas no cuidador (ECC): centradas na pessoa que cuida, de forma a evitar pensar no problema, relacionadas com o autocontrolo, integrando os itens (20, 21 e 27);
5. Estratégias centradas no meio (ECM): formas de intervenção dirigida ao contexto da prestação de cuidados (meio), para a facilitar e minimizar as possíveis consequências negativas associadas ao cuidar, integrando os itens (4, 13, 14, 15 e 38);
6. Estratégias centradas na partilha do problema (ECP): visam a partilha do problema com alguém de confiança, como um amigo ou entidade religiosa, integrando os itens (3 e 24).

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI).

O CASI integra um conjunto de 30 itens relacionados com aspetos positivos associados à prestação de cuidados e que são identificados pelo cuidador como fontes de satisfação que o próprio obtém da relação de prestação de cuidados.

Para cada item, o cuidador deve responder se esta situação acontece ou não (1), no seu caso, caso aconteça deverá responder se esta não lhe proporciona nenhuma satisfação (2), alguma satisfação (3) ou muita satisfação (4).

As categorias do CASI são as seguintes:

- Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados: Prestador de cuidados como principal beneficiário (2, 8, 17), Pessoa dependente como principal beneficiário (12, 14, 24), Benefício mútuo (3, 18, 29);

- Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica: Prestador de cuidados como principal beneficiário (7, 10, 16, 19, 25, 27, 30), Pessoa dependente como principal beneficiário (9, 22), Benefício mútuo (6, 11, 21, 26, 28);
- Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica de resultados: Prestador de cuidados como principal beneficiário (1, 23), Pessoa dependente como principal beneficiário (4, 5, 13, 15, 20).

No estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa (Brito, 2000) e no estudo de Sequeira (2007), na análise do CASI constata-se que existem 3 variáveis que não constituem fontes de satisfação para mais de 50% dos cuidadores.

Nesse sentido, Sequeira (2007), permite sugerir a utilização na prática clínica de uma versão abreviada do CASI que contém 27 itens, agrupando 6 fatores relacionados com a satisfação.

1. Contexto do cuidador (CC): possíveis vantagens reais ou potenciais que o cuidador obtém por estar a cuidar do familiar dependente. A satisfação está centrada na pessoa que cuida, integrando os itens (1, 3, 7, 16, 25, 26 e 30);
2. Desempenho do papel de cuidador (DPC): forma de satisfação que resulta da prestação de cuidados e que estão relacionados com a aptidão e interesse para o cuidar, integrando os itens (10, 11, 12, 14, 15, 28 e 29);
3. Contexto da pessoa dependente (CPD): afirmações que traduzem satisfação, habitualmente associadas com a perceção e com a manutenção/desenvolvimento ou melhoria do estado de saúde da pessoa dependente, integrando os itens (2, 4, 5 e 6);
4. Qualidade do desempenho (QD): qualidade da prestação de cuidados, habitualmente associadas à garantia de que esta prestação constitui o melhor para o idoso dependente, integrando os itens (20, 21, 22 e 24);
5. Dinâmica de resultados (DR): satisfação obtida como resultado da prestação de cuidados, integrando os itens (9 e 13);
6. Dinâmica familiar (DF): satisfação proveniente das vantagens para a relação familiar associadas à prestação de cuidados, integrando os itens (17 e 18).

Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

A avaliação da sobrecarga é efetuada com o recurso à escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007), a partir da *Burden Interview Scale de Zarit*.

Cada item é pontuado de acordo com uma escala tipo *Likert*, de forma qualitativa/quantitativa conforme se explica a seguir: Nunca (1), Quase Nunca (2), Às vezes (3), Muitas vezes (4) e Quase sempre (5) (Sequeira, 2010).

Quanto maior a pontuação global, maior será a sobrecarga, variando entre 22 e 110 pontos, sendo valores considerados como pontos de *score*: <46 pontos = sem sobrecarga; 46 a 56 pontos = sobrecarga ligeira e > 56 pontos = sobrecarga intensa.

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador incluindo informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

A ESC é composta por 22 itens, identificando 4 fatores relacionados com a sobrecarga.

1. “Impacto da prestação de cuidados” (IPC): prestação de cuidados diretos no contexto do cuidador, dos quais se destacam a alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental, integrando os itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 22);
2. Relação interpessoal (RI): impacto interpessoal que resulta da relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados, associa-se essencialmente às dificuldades com a interação, integrando os itens (4, 5, 16, 18 e 19);
3. Expectativas face ao cuidar (EC): expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades, integrando os itens (7, 8, 14 e 15);
4. Perceção da auto eficácia (PA): opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho, integrando os itens (20 e 21).

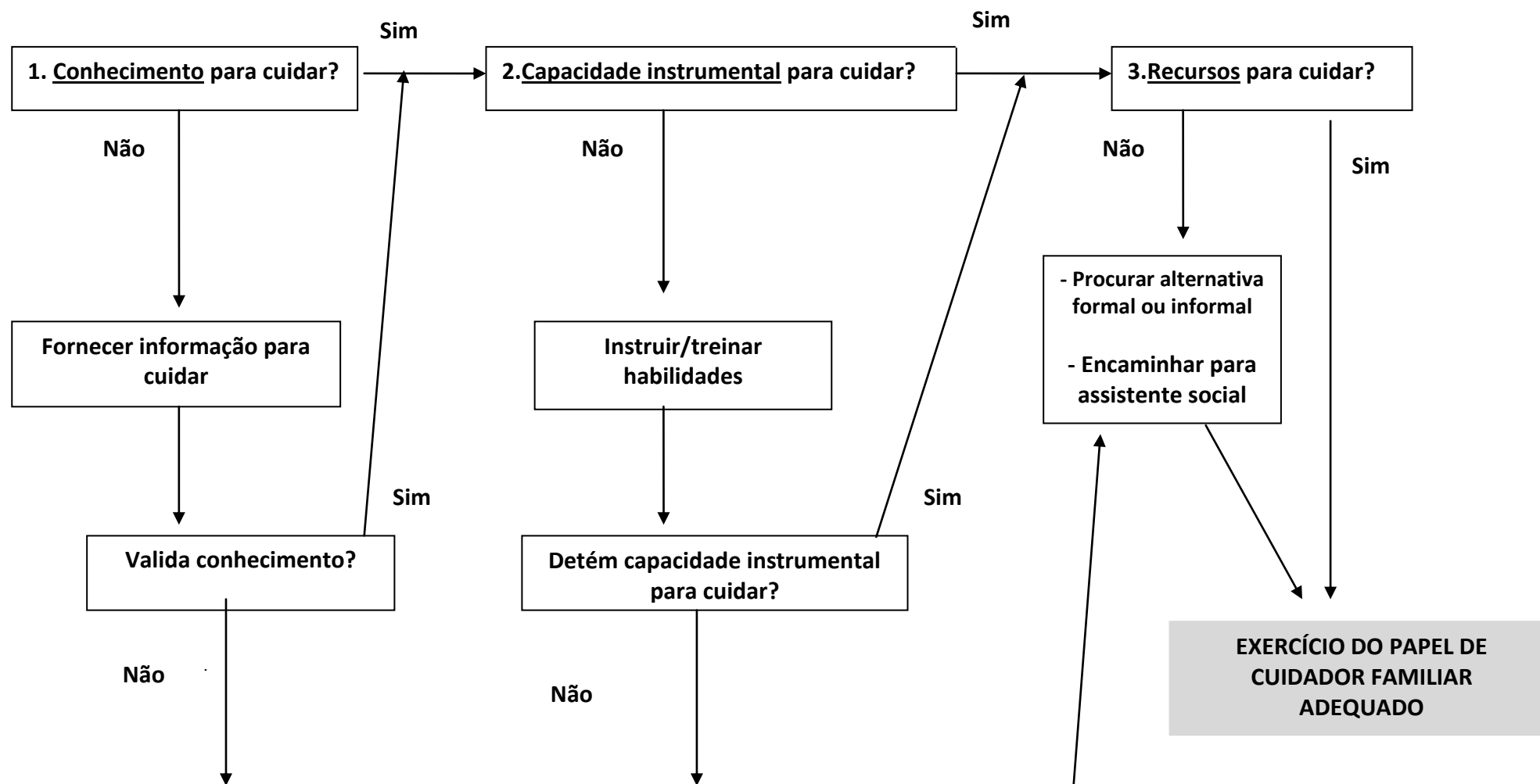
Referências bibliográficas

- Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira C. (2010a). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda
- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série (12), 9 - 16

APÊNDICE III – ALGORITMO DE DECISÃO: CUIDADOR IDOSO

AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DO PAPEL DE CUIDADOR FAMILIAR

(Adaptado de Sequeira, 2010)



INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

(Adaptado de Sequeira, 2010)

AVALIAÇÃO CADI

Avaliação das necessidades/dificuldades do cuidador familiar

CADI ↑

-Valor prognóstico para a SC↑
-Indicador de utilização não eficaz de estratégias de *coping* e de menor satisfação no cuidar

CADI ↓

-Valor prognóstico para a SC↓
-Indicador de utilização eficaz de estratégias de *coping*

AVALIAÇÃO ESC

Avaliação **repercussões negativas**: sobrecarga

Monitorizar e avaliar a intervenção ao cuidador
Prevenir/diminuir sobrecarga

Sem sobrecarga

Sobrecarga ligeira

Sobrecarga intensa

AVALIAÇÃO CASI

Avaliação **repercussões positivas**: satisfação com o cuidar

AVALIAÇÃO CAMI

Avaliação da utilização de estratégias de *coping*

CAMI ↓

Promover a adoção/utilização de estratégias de *coping* de forma eficaz

CAMI ↑

(CAMI↑ valor prognóstico para o CASI↑
Menor sobrecarga)
Monitorizar dificuldades, promover utilização eficaz de estratégias de *coping* e fontes de satisfação

CASI ↓

Potenciar fontes de satisfação

CASI ↑

(CASI↑ valor prognóstico para o CAMI↑
Menor sobrecarga)
Monitorizar dificuldades, promover fontes de satisfação e utilização eficaz de estratégias de *coping*

Promoção

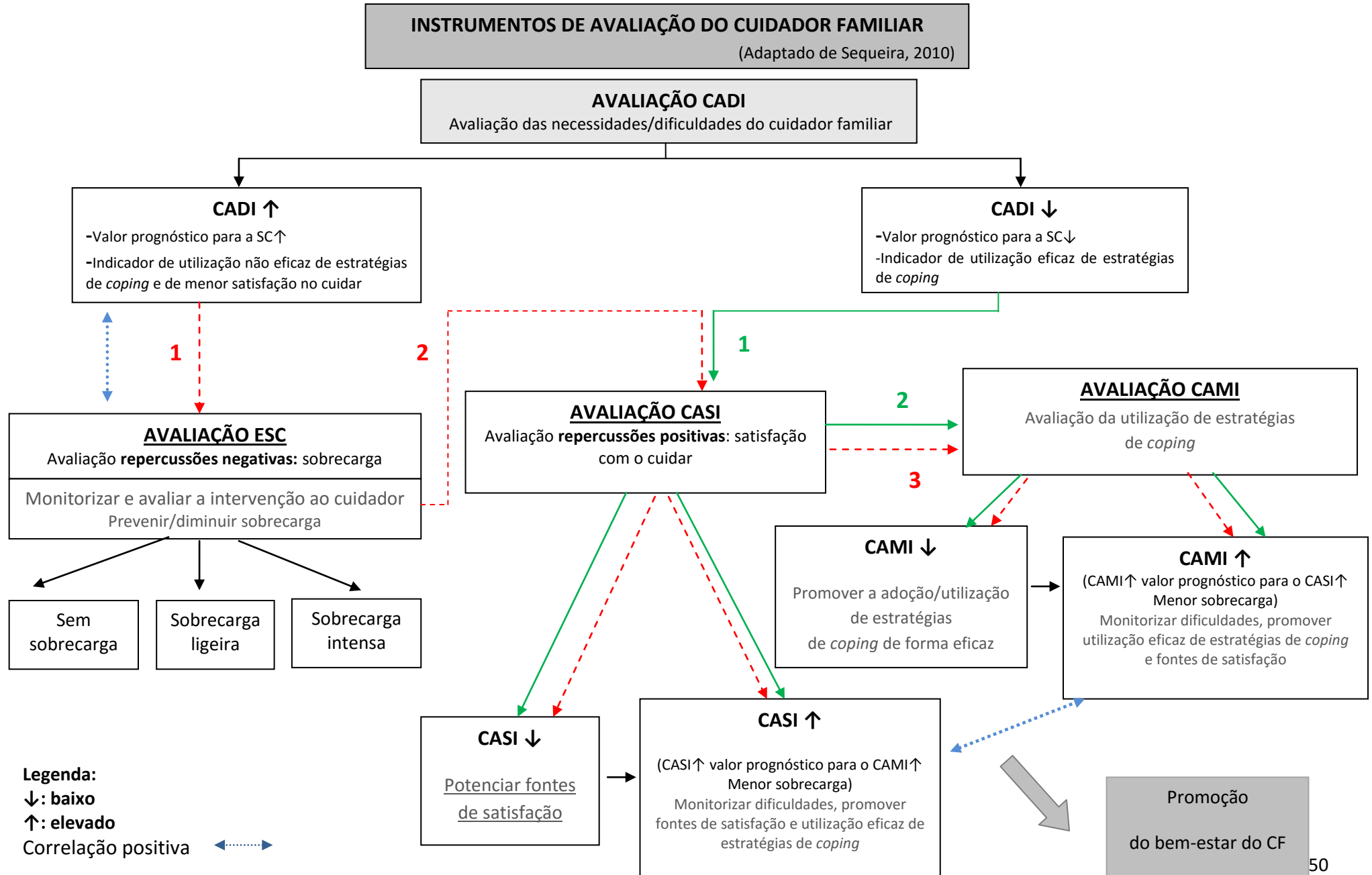
do bem-estar do CF

Legenda:

↓: baixo

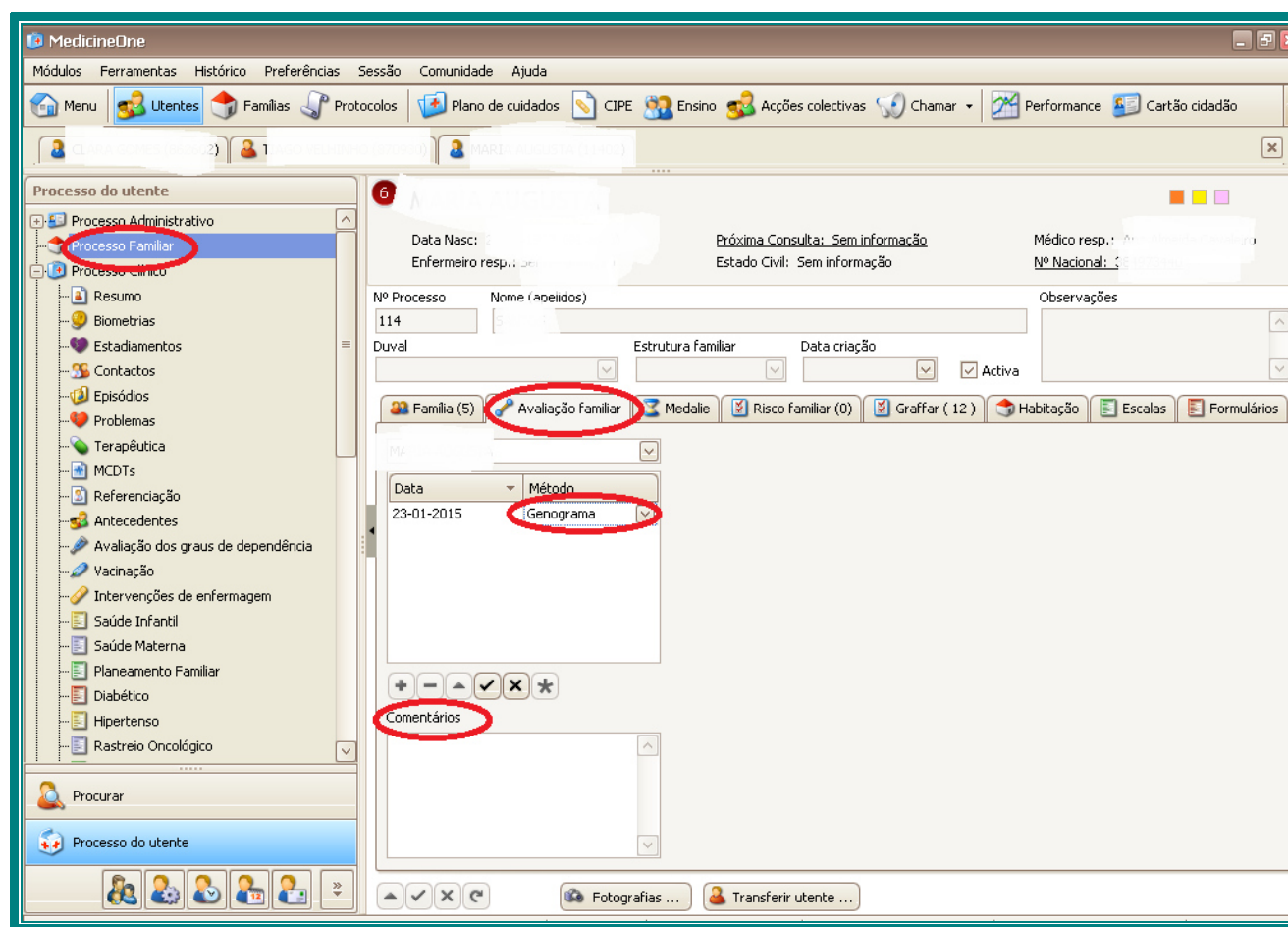
↑: elevado

Correlação positiva



APÊNDICE IV - REGISTOS DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA INFORMÁTICO MEDICINE ONE®

No ícone Processo Familiar consta a Avaliação familiar, onde se pode realizar registos acerca do Genograma e Ecomapa da família (conforme figura).

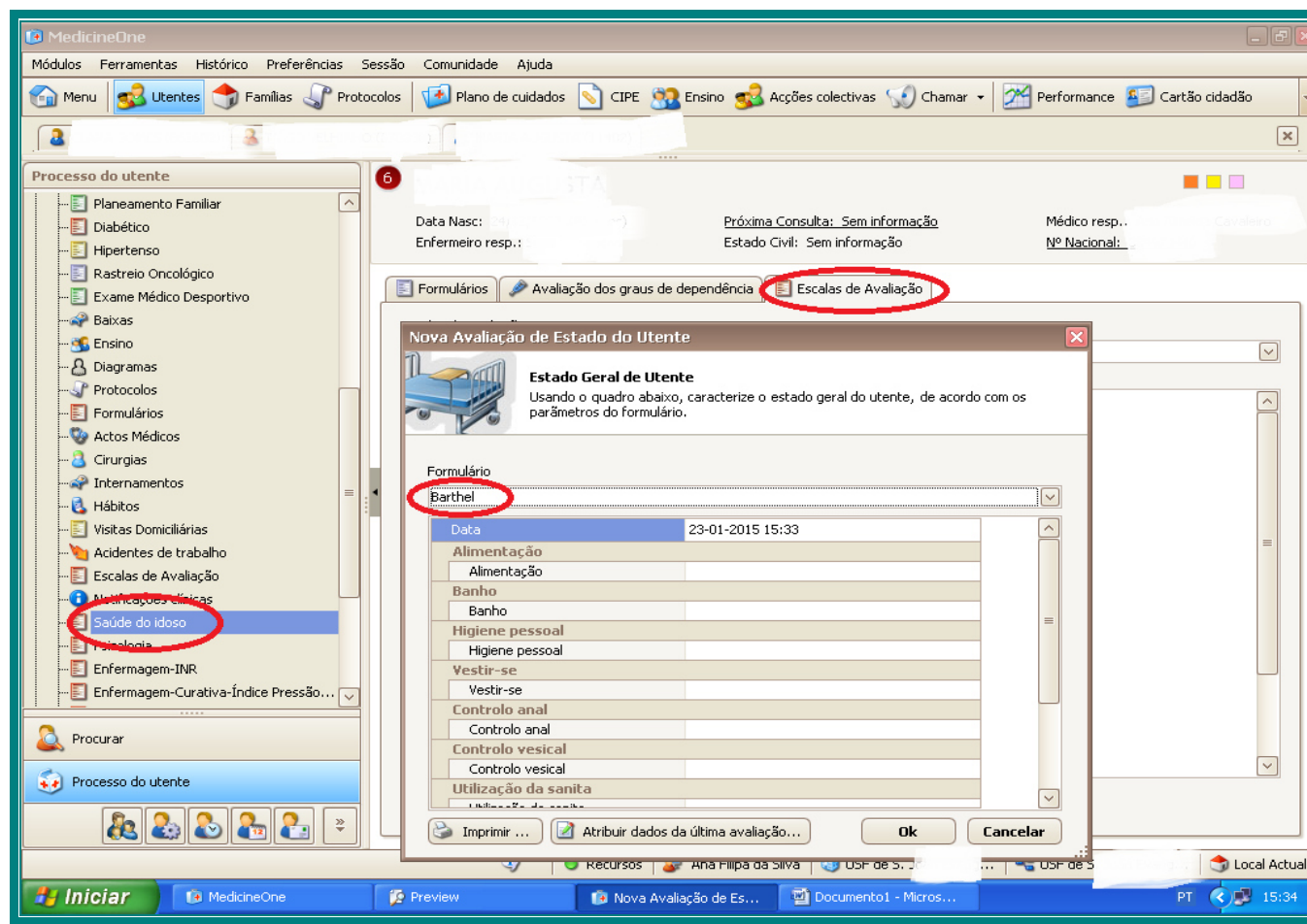


Ainda no ícone Processo Familiar deve-se registar o ciclo vital da família, o tipo de família e também as características da habitação (conforme figura).

The screenshot shows a medical software interface with the following elements:

- Sidebar (Left):** A list of medical categories including 'Processo Administrativo', 'Processo Familiar' (highlighted with a red circle), 'Processo Clínico', 'Resumo', 'Biometrias', 'Estadiamentos', 'Episódios', 'Problemas', 'Terapêutica', 'MCDTs', 'Referenciação', 'Antecedentes', 'Avaliação dos graus de depend...', 'Vacinação', 'Intervenções de enfermagem', 'Saúde Infantil', 'Saúde Materna', 'Planeamento Familiar', 'Diabético', 'Hipertenso', 'Rastreio Oncológico', 'Exame Médico Desportivo', 'Baixas', 'Ensino', 'Diagramas', 'Protocolos', and 'Formulários'.
- Main Form (Right):**
 - Top Section:** Fields for 'Nº Processo' (22555), 'Nome (apelidos)', 'Observações', 'Próxima Consulta: Sem informação', 'Estado Civil: Sem informação', 'Médico resp.', 'Enfermeiro resp.', and 'Nº Nacional: '.
 - Family Type:** A dropdown menu labeled 'Estrutura familiar' (highlighted with a red circle) with 'Duval' selected (highlighted with a red circle).
 - Family Structure:** A list of family types including 'Não aplicável', 'Progenitores na 3ª idade (desde a reforma até à morte...', 'Progenitores na meia idade (desde o ninho vazio até à ...', 'Família com adulto jovem a sair de casa (enquanto exis...', 'Família com filhos adolescentes - (13 a 20 anos)', 'Família com filhos em idade escolar - (6 a 13 anos)', 'Família com filhos em idade pré-escolar - (3 a 6 anos)', 'Família com filhos pequenos (0 a 3 anos)', and 'Casal sem filhos'.
 - Housing:** An icon labeled 'Habitação' (highlighted with a red circle) next to 'Risco familiar (0)' and 'Graffar (?)'.
 - Table:** A table with columns 'Parentesco', 'Idade', 'Apgar', and 'Holmes'. It contains data for family members, including 'Sem Fotografia' and 'Sem Fotografia'.
- Bottom Section:** Buttons for 'Partilhar os textos desta consulta', 'Imprimir', 'Marcar nova consulta ...', and 'Ok'. The Windows taskbar at the bottom shows 'Iniciar', 'MedicineOne', 'Documento1 - Micros...', and the time '17:23'.

figura).



Relativamente à utilização da CIPE[®], não está parametrizada neste programa. Além disso, não permite o levantamento de um diagnóstico de enfermagem mediante escolha do Foco de Enfermagem, seleção do cliente e juízo. Possibilita apenas o registo informático de intervenções realizadas. Selecionando o ícone Intervenções, dever-se-á seleccionar **Definir intervenções frequentes** (conforme figura) e escolher as intervenções de enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE[®], baseadas nas intervenções preconizadas na literatura científica. Ao serem escolhidas, aparecerão de modo automático por predefinição nas intervenções frequentes, aquando a realização dos registos de enfermagem.

Intervenção de enfermagem

Realizar uma intervenção
Preencha o formulário abaixo com as notas, codificação CIPE, hora de realização, actos consumos efectuados, associados a cada intervenção.

Ver todas as intervenções

Aplicar tala plantar
Aplicar tamponamento na cavidade nasal
Apoiar a criança vítima de abuso
Apoiar a família
Apoiar a pessoa
Apoiar a tomada de decisão
Apoiar iniciativa da criança
Apoiar o prestador de cuidados
Apoiar o prestador de cuidados na tomada de ...
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho ...
Aspirar secreções
Aspirar secreções da cavidade nasal
Aspirar secreções da cavidade oral
Aspirar secreções pelo traqueostoma
Aspirar secreções pelo tubo traqueal

Intervenções seleccionadas

Nome
Apoiar o prestador de cuidados
Apoiar o prestador de cuidados na tomada de ...

Definir intervenções frequentes ...

Dados da realização

Data: 23-01-2015 16:07 Local: USF de ...
Diagnóstico associado: Sem diagnóstico associado

Notas do prescriptor
Notas do executante

Actos realizados

| Quant. | Acto | Observações | Facturado | Prestador |
|--------|------|-------------|-----------|-----------|
|--------|------|-------------|-----------|-----------|

Marcar todos Desmarcar todos Executantes ...

Consumos efectuados

| Quant. | Produto | Observações | Fact... | Factu... |
|--------|---------|-------------|---------|----------|
|--------|---------|-------------|---------|----------|

Marcar todos Desmarcar todos

Anterior Ok Cancelar

Windows Taskbar: Iniciar, MedicineOne, Documento1 - Micros..., PT 16:10

Sugere-se que devam ser selecionadas como intervenções frequentes as seguintes:

- Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Assistir o prestador de cuidados na identificação das vantagens do desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Assistir o prestador de cuidados no estabelecimento de objetivos da prestação de cuidados;
- Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Encorajar a utilização de prestação de serviços da comunidade;
- Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping;
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Facilitar a expressão de emoções relativas ao papel de prestador de cuidados;
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a comunidade;
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a família;
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com os serviços de saúde;
- Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade;
- Informar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde;
- Orientar o prestador de cuidados para o serviço social;
- Referir ao médico de família;
- Referir ao serviço de psicologia;
- Planear suporte ao prestador de cuidados;
- Promover comportamentos de procura de saúde;
- Promover envolvimento da família;

- Ensinar o prestador de cuidados sobre o desempenho do papel de prestador de cuidados;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre o papel de prestador de cuidados no autocuidado: alimentar-se;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre o papel de prestador de cuidados no autocuidado: higiene;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre o papel de prestador de cuidados no autocuidado: posicionar-se;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre o papel de prestador de cuidados no autocuidado: uso do sanitário;
- Ensinar/Instruir/treinar sobre o papel de prestador de cuidados no autocuidado: vestuário;
- Ensinar/Instruir/treinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico;
- Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre papel de prestador de cuidados;
- Reforçar confiança na aprendizagem de habilidades.

(Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012)

APÊNDICE V - RECURSOS DE APOIO SOCIAL EXISTENTES NA COMUNIDADE

[illegible]

**Apêndice VII - Plano da sessão de formação à equipa
de enfermagem**

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM.

Tema: Avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência nas atividades de vida diária.

Finalidade: Capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação e intervenção sistematizada ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência nas atividades de vida diária.

População Alvo: Equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar.

Formador: Enfermeira Ana Filipa Silva.

Objetivo: Que no final da sessão a equipa de enfermagem tenha aprofundado os conhecimentos acerca da temática e refletido em conjunto acerca desta.

Indicador de avaliação:

- Pelo menos 80% da equipa de enfermagem está presente na sessão.
- Avaliação final positiva da sessão.

Duração: 45 minutos (aproximadamente)

Data: 12 Dezembro 2014.

Hora: 14h00.

Local: Sala de reuniões.

| Fase | Objetivos | Conteúdos | Metodologia | Recursos Humanos e Materiais | Duração |
|------------------------|--|--|---|--|----------------|
| Introdução | Apresentação da sessão a desenvolver. | Introdução ao conteúdo da sessão. | Método expositivo | Enfermeiros da USF Computador (apresentação PowerPoint) Projektor multimédia | 3' |
| Desenvolvimento | Apresentação da metodologia de implementação do projeto. | Desenvolvimento do conteúdo da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar sucintamente a problemática em estudo; • Referir sucintamente o resultado da análise dos questionários aplicados a equipa de enfermagem; • Abordar os princípios fundamentais e as considerações gerais na avaliação do cuidador familiar; • Apresentar modo de efetuar a avaliação do idoso cuidador (domínios a avaliar, diversos instrumentos de avaliação); • Apresentar as principais intervenções dirigidas ao idoso cuidador. | Método expositivo Método interativo | Enfermeiros da USF Computador (apresentação PowerPoint) Projektor multimédia Guia orientador. | 30' |
| Conclusão | Avaliação da sessão. | Síntese da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Aplicação de questionário de avaliação final da sessão de formação. | Método expositivo Método participativo | Enfermeiros da USF | 12' |

**Apêndice VIII - Sessão de formação à equipa de
enfermagem**



5º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica:
VERTENTE PESSOA IDOSA

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR IDOSO DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

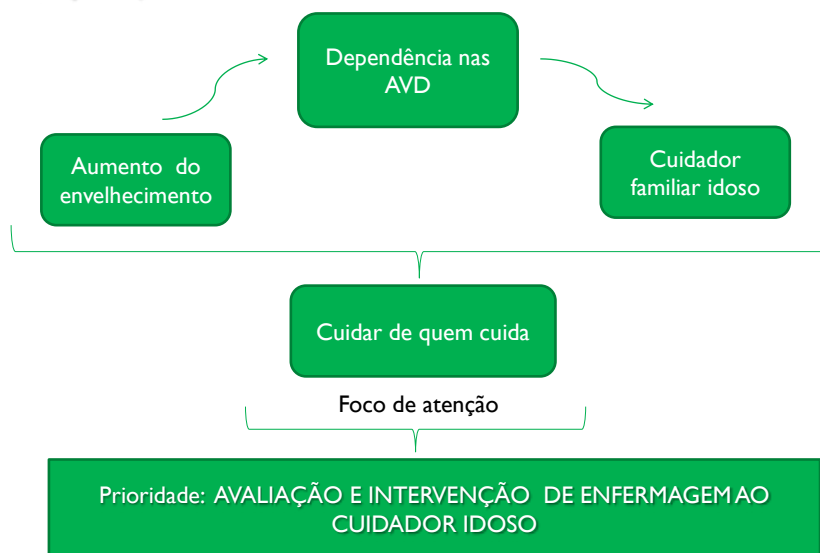
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Ana Filipa Silva

Com orientação de:
Professora Maria Emília Brito

Lisboa, Dezembro de 2014

Relembrando a sessão de apresentação do projeto...



Avaliação do cuidador familiar

Resultados dos questionários

**E
Q
U
I
P
A**

Muito importante (100%)

Realização da avaliação:

Sim (40%), Ocasionalmente (40%), Não (20%)

**E
N
F
E
R
M
A
G
E
M**

Modificação na avaliação se CF for idoso:

Sim (80%), Não (20%)

Uso de instrumentos de avaliação:

Não (80%), Sim (20%)

Existência de dificuldades na avaliação

Avaliação do cuidador familiar

Processo sistemático de colheita de informação

Identifica os problemas, necessidades, recursos e pontos fortes

Perspetiva do
cuidador



Tipo de assistência que necessita e
resultados que deseja

Manutenção da saúde e bem-estar do cuidador

Family Caregiver Alliance (2006)

Avaliação do cuidador familiar

Diade cuidador/pessoa cuidada (unidade de cuidados),
cuidador parceiro de cuidados

- Não existe uma abordagem única e ideal

As razões para a sua realização devem ser claras para o enfermeiro e cuidador

- Os resultados devem usar-se no planeamento de cuidados

Family Caregiver Alliance (2006)

Avaliação do cuidador familiar

| Quem é avaliado? | Pessoa que se identifica como o cuidador familiar |
|---------------------|---|
| Quando? | Existe contacto/conhecimento da equipa de saúde (mais cedo possível). Reavaliação a cada 4/6 meses ou quando houver mudança nas necessidades de cuidados |
| Onde? | Idealmente, no domicílio do cuidador. |
| Como? | Deve ser claro que a avaliação está a ser realizada, explicando que as informações recolhidas são para o ajudar. |
| Quem avalia? | Vários profissionais . Precisam de conhecimentos e treino na avaliação do cuidador |

Family Caregiver Alliance (2006)

Avaliação do cuidador familiar

O que deve ser incluído?

Diversos domínios devem ser identificados
(não precisam de ser medidos em cada avaliação)

- Contexto do cuidador
- Perceção do cuidador relativamente à saúde e capacidade funcional da pessoa cuidada
- Bem-estar do cuidador
- Consequências do cuidar (repercussões, benefícios)
- Competências (conhecimento/habilidades) do cuidador para prestar cuidados
- Recursos do cuidador

Family Caregiver Alliance (2006), Messecar (2012)

Com a participação de toda a equipa construiu-se o:

GUIÃO ORIENTADOR

AValiação e intervenção de enfermagem

ao cuidador idoso da pessoa idosa

dependente nas atividades de vida diária

Agora começa o verdadeiro desafio...

Instrumentos de avaliação do cuidador idoso

Avaliação da capacidade funcional

- Escala de Barthel: Atividades básicas de vida diária (ABVD)
- Escala de Lawton: Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

Avaliação da depressão

- Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta.

Instrumentos de avaliação do cuidador idoso

Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007)

1.1 Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

1.2 O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| Nº | Prestar cuidados pode ser difícil porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|----|---|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | | | | |
| 2 | Por vezes sinto-me "de mãos atadas" sem poder fazer nada para dominar a situação | | | | |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | | | | |
| 4 | Traço-me problemas de dinheiro | | | | |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | | | |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | | | |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | | | | |
| 8 | Ataça-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | | | |
| 9 | Chega a transformar as minhas relações familiares | | | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | | | | |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | | | | |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | | | | |

Instrumentos de avaliação do cuidador idoso

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Brito, 2002; Sequeira 2007)
Sempre que utilizar esta escala cite as seguintes fontes: Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| | | Faço assim e acho que: | | | |
|---|--|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não procedo desta forma | Não da resultado | Da algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | | | | |
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | | | | |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | | | | |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | | | | |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | | | | |
| 6 | Ver o lado cómico da situação | | | | |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | | | | |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar | | | | |

Instrumentos de avaliação do cuidador idoso

Satisfação do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| Nº | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | NÃO Acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | | | | |
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | | | | |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | | | | |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | | | | |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | | | | |

Instrumentos de avaliação do cuidador idoso

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| N.º | Item | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|--|-------|-------------|----------|--------------|--------------|
| 1 | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita? | | | | | |
| 2 | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? | | | | | |
| 3 | Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer? | | | | | |
| 4 | Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar? | | | | | |
| 5 | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar? | | | | | |
| 6 | Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | | | | | |
| 7 | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? | | | | | |
| 8 | Considera que o seu familiar está dependente de si? | | | | | |
| 9 | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar? | | | | | |
| 10 | Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 11 | Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar? | | | | | |

Avaliação do cuidador idoso

Fundamental apreender os significados de cada pessoa fazendo uma avaliação individual, adequada e multidimensional.

Conhecer os fatores intervenientes e utilizar instrumentos adequados para a sua avaliação:

- Intervenção preventiva e cuidados individualizados,
- Utilização dos apoios e recursos existentes de forma mais criteriosa e consentânea com as reais necessidades de todos os envolvidos.

Intervenção ao cuidador idoso

Papel de prestador de cuidados
não adequado (conhecimento do
papel/comportamentos de adesão não demonstrado)

- Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados (ensinar, instruir, treinar ao nível dos autocuidados);
- Orientar para a importância da manutenção da atividade do idoso dependente (exercícios, estimulação cognitiva, participação social, etc.)
- Informar sobre estratégias de resolução de problemas, ajudas técnicas, outras ajudas, etc.

Sequeira (2010), Figueiredo (2012)

Intervenção ao idoso cuidador

**Risco de sobrecarga/sobrecarga
do cuidador**

Suporte e apoio

Avaliar/identificar possíveis redes de apoio ao cuidador (formal, informal)
Promover a utilização adequada dos serviços de apoio existentes (ex.: descanso do cuidador)
Incentivar a participação nas atividades sociais

Supervisionar fatores predisponentes de sobrecarga
Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades e estratégias para as superar
Promover a adoção de estratégias de coping eficazes
Promover a implementação de estratégias que promovam a satisfação e bem-estar

Sequeira (2010), Figueiredo (2012)

Intervenção ao idoso cuidador

Risco de sobrecarga/sobrecarga
do cuidador

(continuação)

Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda
Orientar para a necessidade de vigilância de saúde e atividades promotoras de saúde
Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio
Permitir a verbalização de sentimentos e expectativas
Disponibilizar ajuda, Esclarecer dúvidas

Promoção da participação da família

Informar sobre o estado de saúde/necessidade de cuidados do familiar
Consciencializar à participação da família para aliviar o cuidador idoso

Sequeira (2010), Figueiredo (2012)

Referências bibliográficas

- Brito, M. L. S. (2002) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Family Caregiver Alliance (2006a). *Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change*. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Family Caregiver Alliance (2006b). *Caregivers count too! A Toolkit to Help Practitioners Assess the Needs of Family Caregivers*. San Francisco. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/Assessment_Toolkit_20060802.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Messecar, D. C. (2012). Family Caregiving. In: Boltz, M. Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D., (Eds.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 469-499). New York: Springer Publishing Company. Acedido a 9/7/2014. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43925>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série (12), 9 - 16.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3-4), 491 - 500.
- <http://www.stanford.edu/~yesavage/Portuguese3.html> Acedido em 2014/10/26

**Apêndice IX - Questionário de avaliação da sessão de
formação à equipa de enfermagem**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DE FORMAÇÃO

(a preencher no final da sessão formativa)

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO: Avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência nas atividades de vida diária.

DATA: 12 de Dezembro 2014.

PRESENÇAS: **5 enfermeiros: 100% da equipa de enfermagem.**

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

| Muito Baixo | Baixo | Médio | Elevado | Muito Elevado |
|-------------|-------|-------|---------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor assinale no respectivo ☐ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|---|---|---|---------|----------|
| No seu trabalho diário | | | | 1 (20%) | 4 (80%) |
| No seu desenvolvimento pessoal | | | | 1 (20%) | 4 (80%) |
| Na excelência da sua equipa | | | | | 5 (100%) |

2 – Como avalia a acção de formação em relação a:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|----------|
| Duração | | | | | 5 (100%) |
| Importância do tema | | | | | 5 (100%) |
| Método de aprendizagem | | | | | 5 (100%) |
| Aquisição de novos conhecimentos | | | | | 5 (100%) |
| Competência do formador | | | | | 5 (100%) |
| Apreciação Global | | | | | 5 (100%) |

Observações/Sugestões

____Parabéns!_____

Apêndice X - Estudo de caso

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

ESTUDO DE CASO

***“IDOSO QUE CUIDA DE PESSOA IDOSA COM
DEPENDÊNCIA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO”***

Discente: Ana Filipa Silva, n.º 5400

Docente: Maria Emília Brito

Lisboa

2015

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CADI - Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados

CAMI - Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades

CASI - Índice para avaliação das fontes de satisfação do prestador de cuidados

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INR - *International Normalized Ratio*

MCAF - Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| 1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA | 5 |
| 1.1. Identificação da pessoa | 5 |
| 1.2 Avaliação familiar | 5 |
| 1.3 Projeto de vida | 6 |
| 1.4 Antecedentes pessoais | 7 |
| 1.5 Regime terapêutico (medicamentos) | 7 |
| 1.6 Situação atual | 7 |
| 1.7 Identificação da situação de cuidados à luz do quadro conceitual de Dorothea Orem | 8 |
| 1.8 Instrumentos complementares de avaliação multidimensional da pessoa idosa | 11 |
| 1.9. Avaliação como cuidador familiar | 12 |
| 2. PLANO DE CUIDADOS | 15 |
| 3. REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO | 18 |
| 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 20 |

INTRODUÇÃO

Tendo em conta a problemática do projeto “Cuidar do idoso que cuida”, no âmbito do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa idosa e família e, especificamente, no cuidado ao cuidador idoso da pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário, foi elaborado o presente estudo de caso. Além do mais, uma vez que não houve tempo para a planificação de cuidados pela equipa de enfermagem durante a implementação do projeto, pretendeu-se com este estudo de caso, concomitantemente, o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem neste âmbito, por forma a demonstrar um exemplo prático de como operacionalizar o guia de avaliação e intervenção elaborado e a refletir sobre a temática.

Esta metodologia utilizada, o estudo de caso, é entendida como um estudo aprofundado de um indivíduo, família, grupo ou organização (Fortin, Côté & Filion, 2009). O Sr. F. foi selecionado para a elaboração deste estudo de caso uma vez que é um utente inscrito na Unidade de Saúde Familiar (USF), tem idade superior a 65 anos e é o cuidador familiar da sua esposa.

Deste modo, pretende-se o duplo propósito de aprofundar conhecimentos e prestar cuidados de enfermagem individualizados e especializados a esta pessoa que é idosa e está inserida numa determinada família e comunidade e, por outro, exerce o papel de cuidador familiar idoso de uma pessoa idosa com dependência em contexto domiciliário, a sua esposa, pelo que vivencia a problemática em estudo.

Para a elaboração de um plano de cuidados realizou-se uma avaliação multidimensional do Sr. F e família recorrendo a várias fontes de informação (observação, entrevista semidiretiva, processo clínico) e a diversos instrumentos complementares de avaliação da pessoa, tendo subjacente o modelo concetual de Dorothea Orem, utilizado para a implementação do projeto de estágio.

O trabalho que se segue estrutura-se da seguinte forma: o primeiro ponto corresponde à descrição da identificação da pessoa idosa e da sua situação de cuidados, depois apresenta-se o plano de cuidados elaborado com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) e, de seguida, as considerações finais acerca do estudo de caso apresentado.

1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

1.1. Identificação da pessoa

O Sr. F.M.C., que prefere ser chamado por F., tem 77 anos, tendo nascido a 21/02/1937 na freguesia de Santiago da Guarda, concelho de Ansião, distrito de Leiria.

Cerca dos 20 anos vem para Lisboa trabalhar, tendo exercido atividade profissional na função pública como assistente de contabilidade. Detém o 3.º ciclo do ensino básico e encontra-se reformado. Usufrui do subsistema de saúde da Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

Casou-se aos 23 anos tendo uma filha aos 24 anos e um filho aos 29 anos. Divorcia-se aos 47 anos. Aos 49 anos, no intuito de “ter alguém com que partilhar a velhice”, casa-se novamente com a Sr.ª P. Uma vez que esta morava com os pais, passa a habitar na casa dos sogros, sita na freguesia da área de influência da USF, residência na qual o casal se mantém até hoje.

1.2 Avaliação familiar

Para a avaliação familiar, foi escolhido o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF). O MCAF é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

- **Avaliação estrutural**

Mantém uma relação próxima com a filha, com a qual comunica por telefone quase diariamente. A sua filha é casada, tem dois filhos e reside no Algarve, local onde gere um empreendimento turístico.

Relativamente ao filho refere que reside em Odivelas e que não detém uma boa relação com este, não demonstrando vontade de abordar mais esse assunto.

“O genograma e o ecomapa são dois instrumentos particularmente úteis a serem empregados pela enfermeira, para delinear as estruturas internas e externas da família (...) o genograma é um diagrama do grupo familiar. O ecomapa (...) é um diagrama (...) representa as conexões importantes entre a família e o mundo” (Wright & Leahey, 2009, p. 84), pelo que estes foram elaborados (Apêndice I).

- **Avaliação do desenvolvimento.**

A família nuclear encontra-se, segundo McGoldrick & Carter (2008), no estágio 6 do ciclo vital da família: Famílias no estágio tardio da vida. Tal como em todas as fases, nesta também se devem verificar algumas mudanças necessárias ao processo de desenvolvimento.

Os problemas de saúde da Sr.^a P, com a consequente diminuição da sua capacidade funcional ao longo do tempo levaram o casal a uma adaptação gradual a esta realidade, a qual se traduziu a uma reorganização e mudança por ambos dos papéis familiares.

Integram de forma favorável a sua condição de serem pessoas idosas, embora considerem que a vida passou rápido e desejassem ser mais novos, já terem perdido algumas pessoas ao longo da vida, aceitam-no como fazendo parte da evolução da vida.

- Avaliação funcional.

Esta avaliação versa dois aspetos básicos do funcionamento familiar: o instrumental e a expressividade (Hanson, 2005).

No que se refere à realização das atividades de vida diária, conforme se verificará adiante, devido a algum grau de dependência por parte da Sr.^a P. nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e nas atividades básicas de vida diária (ABVD), o Sr. F é responsável pelo seu autocuidado, sendo o seu cuidador familiar, pelo que assegura então as necessidades básicas da família. Este detém igualmente o papel de responsabilidade por tratar de algumas tarefas domésticas, da gestão financeira e das atividades burocráticas (banco, despesas), entre outras.

Quanto ao papel terapêutico, é então o Sr. F que ajuda e apoia a esposa no seu dia-a-dia e encarrega-se dos cuidados de saúde de ambos. Neste âmbito, cada um toma as suas decisões relativamente à prática de cuidados de saúde.

No que concerne ao papel familiar, a Sr.^a P. não mantém contacto com ninguém, apenas com o seu marido. O Sr. F. é que mantém um contacto regular com a restante família (filha e netos), amigos e conhecidos. O Sr. F. refere que por vezes têm os seus pequenos conflitos, por outro lado, não têm por hábito expressar e partilhar as suas preocupações e emoções. Quanto às suas vivências enquanto cuidador familiar guarda-as para si, embora tenha como maior suporte afetivo a filha, não a quer afligir com certos assuntos.

Em relação aos papéis dos membros da família e sua redefinição, aparentemente há uma aceitação dos mesmos.

Quanto a valores e crenças, regem-se por princípios de lealdade, dever de acompanhamento mútuo e creem na religião evangélica.

1.3 Projeto de vida

Tem como projeto de vida fazer o que estiver ao seu alcance para manter a sua saúde, de forma a poder continuar a realizar as suas rotinas e o que gosta de fazer. Nomeadamente continuar a dar os seus passeios diários para se distrair e conviver com pessoas, manter a pequena horta que tem num terreno baldio próximo de sua casa, continuar a cuidar da sua esposa. Valoriza a sua família e gostaria muito, de vez em quando, de passar algum tempo

com a sua filha que está no Algarve mas enquanto a esposa se mantiver viva não considera viável.

Estes planos que possui para o futuro e o dever de cuidar da sua esposa dão-lhe forças para querer continuar em frente. Além disso, refere que a sua crença na religião evangélica, o culto ao qual vai semanalmente, lhe traz muita fé e força de espírito para o futuro. A crença nesta religião traz-lhe uma visão muito positiva da vida e da própria morte, o que lhe permite não considerar forças que apelem ao morrer e, quando ocorrer, crê que o seu espírito perdurará no tempo.

1.4 Antecedentes pessoais

O Sr. F desconhece alergias, tem como antecedentes cirúrgicos a realização de hernioplastia inguinal direita.

Apresenta os seguintes problemas de saúde:

- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Alteração do metabolismo dos lípidos;
- ✓ Fibrilhação auricular (anticoagulado);
- ✓ Nevus pruriginosos com anos de evolução dispersos pelo tronco (aguarda consulta hospitalar de especialidade de dermatologia);

1.5 Regime terapêutico (medicamentos)

A gestão da medicação é feita pelo próprio. A medicação habitual que identifica corresponde à medicação crónica prescrita pelo médico de família.

- ✓ Candesartan + Hidroclorotiazida , 16 mg+12,5, comprimidos;
- ✓ Carvedilol 25 mg;
- ✓ Sinvastatina 20mg;
- ✓ Varfarina $\frac{3}{4}$ comprimido ao dia

Relativamente à anticoagulação oral refere que 2 a 3 vezes por semana não toma a varfarina. Além disso, não controla periodicamente o nível da coagulação sanguínea, passando longos meses sem realizar a análise do tempo de protrombina. Último valor de *International Normalized Ratio* (INR): 1.6.

No programa *SINUS* apresenta estado vacinal atualizado, tem realizado a vacina contra a Gripe.

1.6 Situação atual

Ao longo dos últimos anos o Sr. F. teve contactos recorrentes com a equipa de enfermagem na sala de tratamentos de enfermagem da USF. Isto no âmbito de cuidados de enfermagem

curativa a pequenas feridas resultantes da formação de flictenas derivadas de edema dos membros inferiores da Sr.^a P.. O Sr. F. deslocava-se com a Sr.^a P. à USF mediante recurso a automóvel e cadeira de rodas. De referir que, por algumas vezes se propôs visita domiciliária de enfermagem mas sempre recusou pois referia que não se importava de a levar.

A 13 de Janeiro de 2015 recorre a edifício para o qual a equipa da USF havia sido transferida após o encerramento das instalações habituais. Recorre ao médico de família da USF naquele dia por náuseas, ardor epigástrico com agravamento após as refeições e vômitos alimentares esporádicos. Ao ser realizado eletrocardiograma, são verificadas alterações no traçado eletrocardiográfico, pelo que o médico decide contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal para o transportar ao serviço de urgência do hospital de referência, para uma mais adequada avaliação da situação.

Enquanto aguarda a chegada da ambulância na sala de enfermagem mostra ansiedade, aflição e começa a verbalizar a uma colega que a esposa está pior, que tem novamente feridas, as quais tem tratado por não conseguir trazê-la às instalações temporárias (falta de acessibilidade), que também não está a aguentar mais e pede que o ajudem por favor, pelo que a colega responde que faria uma visita domiciliária.

A 15 de Janeiro é realizada visita domiciliária e é abordado em equipa as condições de habitabilidade do domicílio.

A dia 20 de Janeiro realizo nova visita domiciliária, perguntando ao Sr. F. sobre se se sentia melhor e acerca do pedido de ajuda verbalizado. Este responde que naquele dia, por andar doente estava mais fragilizado, pelo que sentiu necessidade de naquele momento desabafar. Neste dia, refere já se sentir melhor de um ponto de vista geral. Embora perceçione que a sua saúde tem piorado, a angústia vivenciada tinha agora passado. Informo que uma vez que um projeto no âmbito do cuidador estava a ser implementado no serviço, ofereço a nossa ajuda e apelo à sua participação, a qual aceita.

1.7 Identificação da situação de cuidados à luz do quadro concetual de Dorothea Orem

- **Requisitos de autocuidado universais**

- ✓ A manutenção da inspiração de ar suficiente:

Padrão respiratório normal. Apresenta pele e mucosas coradas.

Sinais vitais: Tensão arterial: 159/92 mmHg, Pulsação – 70 bpm.

- ✓ A manutenção de ingestão suficiente de água e de alimentos

O Sr. F. ingere 4 refeições ao longo do dia. Durante a semana, almoça diariamente num dos refeitórios disponibilizados pelos serviços sociais da administração pública aos seus

beneficiários. Deste, leva o almoço para a sua esposa e o jantar de ambos, sendo refeições completas (sopa, prato principal, fruta/sobremesa). Ao fim de semana consomem comida trazida do refeitório à 6ª e por vezes vai a um restaurante buscar. Considera que a comida não é salgada e também não lhe adiciona sal. Quando colhe os legumes por si produzidos (couves, grelos, nabijas) coze-os como acompanhamento.

Bebe 1lt de água por dia. Bebe um copo pequeno de vinho às refeições. Mantém quase a totalidade das peças dentárias.

Pesa 73,5 kg e tem de altura 173cm, apresentando um índice de massa corporal de 24,5.

✓ A promoção dos cuidados associados com a eliminação

Os padrões de eliminação intestinal e vesical encontram-se dentro dos padrões normais habituais, urina várias vezes ao longo do dia e apresenta uma eliminação intestinal regular (diária).

✓ A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso

No que respeita aos padrões de sono, o Sr. F. refere que costuma deitar-se por volta das 23h e levantar-se às 7/8h. Por hábito dorme bem a noite toda.

✓ A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

No seu dia-a-dia realiza diversas atividades. Habitualmente de manhã vai comprar o jornal e vai até à sua horta. No final da manhã desloca-se à cantina onde costuma conversar e almoçar com alguns amigos. Da parte da tarde costuma ir dar um passeio pelo bairro ou vai até ao largo com bancos próximo da sua casa, onde se senta a ver as pessoas passar e a ler o jornal. Outras vezes vai até ao quiosque onde costumam estar vizinhos a conviver e a jogar às cartas.

A sua esposa não o acompanha porque não deseja sair de casa, apenas sai com ela quando é necessário dirigir-se a um serviço de saúde.

Não recebe visitas de ninguém na sua casa. Aprecia andar entretido na rua, acaba por passar pouco tempo em casa durante o dia mas, ao final da tarde e noite, está sempre em casa para a esposa não estar sempre sozinha. Quando em casa entretém-se a ler, a ver televisão. Refere que não fala muito com a esposa.

Uma vez por semana vai até ao culto evangélico, no qual passa umas horas.

Não apresenta problemas na comunicação, apresenta acuidade visual diminuída bilateralmente, usando ortótese visual (óculos).

- ✓ A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano

Reside num apartamento de tipologia T2 (dois quartos, uma sala, uma cozinha e uma casa de banho), com água canalizada, luz, gás e aquecimento local. Relativamente ao ambiente físico do domicílio, o estado de conservação é adequado.

No que concerne à higiene da habitação não se verificam as condições de salubridade ambientais promotoras de condições favoráveis para a saúde, uma vez que, existe a presença de aglomeração de louça suja, roupa e diversos “objetos” espalhados e amontoados nas várias divisões. Quanto à sua limpeza, pavimentos não limpos e presença de pó acumulado e sujidade. Não tem por hábito cuidar da casa nem nunca quis contratar ninguém para o efeito.

Ao nível da existência de barreiras arquitetónicas, o edifício no qual habita apresenta condições de acessibilidade por ter rampa de acesso, elevador e espaço de entrada habitacional adequado e pavimentos lisos. Quanto à habitação (acumulação de diversos objetos) são considerados como barreiras, pondo em causa a manutenção da segurança do ambiente. Nunca sofreu uma queda dentro de casa.

O Sr. F refere que tem todas estas coisas em casa porque nunca se propôs a deitá-las fora, além do facto de que podem fazer falta um dia. Num dos quartos, os objetos acumulados pertenciam aos pais da Sr.^a P que, após estes falecerem, quis lá colocar tudo o que lhes pertencia.

Em relação à sua higiene corporal refere que toma banho em dias alternados. Não sabe utilizar a máquina de lavar roupa pelo que vai lavando à mão algumas peças de roupa de ambos. Apresenta vestuário adequado para a época mas com alguma sujidade e odor.

Cita considerar ter cuidado com a sua saúde ao tentar manter-se ativo a nível físico e mental, em atividades sociais. Apesar de ter algumas alterações de saúde diagnosticadas sente-se bem, pelo que por vezes não toma a medicação prescrita corretamente. Não fuma.

- ✓ A promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro de grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações do homem e o desejo de ser “normal”

Este requisito está relacionado com os anteriores. Como verificado, no seu dia-a-dia o Sr. F. percebe e procura desenvolver atividades que promovam o autocuidado e desenvolvimento humano.

- Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

O Sr. F teve uma infância boa mas, ao mesmo tempo, sofrida porque não tinha o que hoje as crianças têm e teve que trabalhar muito. Veio trabalhar para a cidade na tentativa de ter

uma vida melhor e criar uma família. Relativamente ao seu primeiro casamento, não eram felizes em conjunto, pelo que decidiram divorciar-se quando os filhos já estavam “criados”.

Casa-se com a Sr.^a P., passa a residir com ela e os pais dela. Verbaliza que a fase mais complicada da sua vida tem ocorrido de há alguns anos para cá, pois sempre imaginou uma velhice descansada, no entanto, tem que cuidar da sua esposa.

- **Requisitos de autocuidado por desvios de saúde**

Usufrui essencialmente do sistema de saúde nacional. Tenta garantir uma assistência médica apropriada, pelo que vai ao médico de família cerca de três vezes por ano, mais por receitas para adquirir medicação, pois “sente-se bem”. Tem esfigmomanómetro digital em casa mas não tem por hábito avaliar os valores tensionais. Não cumpre na totalidade as medidas diagnósticas e terapêuticas recomendadas, como abordado acima.

1.8 Instrumentos complementares de avaliação multidimensional da pessoa idosa

- **Avaliação funcional**

Por forma a avaliar o grau de independência nas ABVD (atividades primárias da pessoa, de natureza multidimensional, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade) e as AIVD (atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade), foram utilizados como instrumentos de avaliação, o Índice de Barthel e o Índice de Lawton, validados para a população portuguesa por Sequeira (2010).

Resultado:

- ✓ Índice de Barthel: 100 - Independente (Anexo I).
- ✓ Índice de Lawton: 11 - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda (Anexo II).

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas AIVD de modo global mas também parcelar. Uma vez que é do sexo masculino, nos itens classificados com grau de dependência: “Lavar a roupa, preparar as refeições”, a sua incapacidade estará relacionada com a inexistência da sua prática devido a fatores pessoais ou culturais e não a uma incapacidade em concreto (Sequeira, 2010).

- **Avaliação do estado nutricional**

Permite uma avaliação do estado nutricional e identifica os idosos desnutridos ou em risco de desnutrição, sem recurso a parâmetros analíticos.

Resultado:

- ✓ *Mini Nutritional Assessment*: 12 pontos (triagem) - Estado nutricional normal (Anexo III).

- Avaliação de depressão

Permite o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso.

Resultado:

- ✓ Escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS-15): 3 pontos – Sem depressão (Anexo IV).

1.9. Avaliação como cuidador familiar

- Contexto do cuidador idoso

O Sr. F. menciona que cuida da Sr.^a P há 18 anos, neste momento considera que despende cerca de 13 a 17h para os cuidados necessários. Alega não ter a responsabilidade de cuidar de outras pessoas.

Por vontade própria e sentimento de dever, assumiu a escolha de cuidar da esposa, embora refira “se soubesse o que sei hoje”, aceita o desempenho do papel assumido de cuidador familiar. Além disso, considera que a sua esposa aceita ser cuidada por ele, verbalizando que “também não tem mais ninguém”.

Classifica como razoável a relação entre si e a Sr.^a P, bem como, a relação que mantém com a restante família alargada.

A composição da família pode ser observada no genograma da família elaborado (Apêndice I). Desta forma, considera-se uma família de tipo reconstruída e, como já verificado, relativamente ao seu ciclo vital, como família no fim de vida.

- Recursos

A responsabilidade da prestação dos cuidados necessários não é partilhada com ninguém, desta forma, não dispõe de um cuidador secundário a quem possa recorrer. Conta contudo com o apoio informal por parte da filha, considerando que o tipo de apoio que lhe proporciona reflete-se principalmente no seu apoio emocional e na sua disponibilidade em caso de extrema necessidade.

Os serviços de apoio formal com os quais conta são os da equipa de saúde da USF e o dos serviços sociais dos funcionários públicos, entidade à qual vai buscar comida.

Desconhece os apoios dos quais pode usufruir na comunidade na qual estão inseridos. Quando oferecida disponibilidade para oferecer informação acerca destes, deseja ser informado.

No que concerne às fontes de apoio financeiro, usufruem da reforma de ambos e do complemento por dependência, não referindo ter dificuldades financeiras.

Quando indagado acerca da sua percepção acerca do apoio social que detém, o Sr. F. classifica-o como razoável. Como já abordado, a relação com os sistemas mais amplos e o fluxo de recursos evidencia-se no Ecomapa (Apêndice I).

- Percepção relativamente à saúde e capacidade funcional da Sr.^a P.

Menciona como alterações de saúde da esposa: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica. Não refere alterações a nível cognitivo.

No que concerne à avaliação da capacidade funcional da esposa, segundo o Índice de Barthel apresenta-se moderadamente dependente nas ABVD e, segundo o Índice de Lawton apresenta-se severamente dependente, necessitando de muita ajuda nas AIVD. A avaliação global, bem como parcelar de cada atividade de vida diária pode ser visualizada no Anexo I e II, respetivamente.

- Competência para prestar cuidados

Refere um nível bom de confiança e competência no cuidar e percebe a deter os conhecimentos adequados para prestar cuidados.

No que concerne à avaliação do seu papel como prestador de cuidados, relativamente ao conhecimento do papel nas dimensões aplicáveis ao seu caso em particular, segundo os diversos autocuidados avalia:

✓ Autocuidado higiene, comer, atividade física: conhecimento sobre a importância de estimular a independência; conhecimento/habilidade acerca da técnica/periodicidade do banho e higiene do cabelo; conhecimento sobre padrão alimentar adequado; conhecimento/habilidades sobre técnicas de mobilização e equipamentos adaptativos.

Em relação à gestão do regime terapêutico refere ter conhecimento acerca das doenças que a esposa apresenta (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica) e sobre o seu regime terapêutico.

Apesar desta sua percepção, deteta-se na Sr.^a P uma higiene não cuidada, uma vez que apresenta cabelo e roupa descuidada, com sinais de sujidade e um odor corporal intenso (suor/urina). Apresentando dependência na ABVD banho por não conseguir entrar na banheira e cansar-se facilmente a pequenos esforços, alia-se o risco de acidentes. O Sr. F.,

apesar de referir ter conhecimentos e habilidades para a realização do autocuidado higiene, verbaliza que a esposa não toma banho completo há muito tempo porque não quer e não deseja ajuda por parte deste, acabando por se ir limpando parcialmente sozinha. O Sr. F refere que é um aspeto sobre o qual não insiste e, sobre o qual também não se sente completamente à vontade, acabando por compartilhar quase em segredo, “sabe que o nosso casamento nunca foi consumado”, demonstrando uma falta de intimidade a esse nível e desconforto mútuo no que concerne a esta atividade.

Adquiriu uma cadeira de rodas para quando tem que transportar a esposa à USF ou ao hospital, fixou cordas no teto acima da cama para auxiliar a esposa a elevar-se/sentar-se na cama sozinha.

Apresenta a medicação diária da esposa separada em cima de um móvel no corredor.

- Bem-estar do cuidador idoso

O Sr. F perceciona o seu estado de saúde como razoável mas considera que devido a situação de cuidados, comparativamente há 6 meses atrás, a sua saúde piorou.

Para além dos problemas de saúde anteriormente apresentados, quando questionado a alterações a nível emocional refere que por vezes se sente irritado (com esta situação).

Conforme avaliado anteriormente sem depressão.

1.9.1 Escalas de avaliação do cuidador

- Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados: CADI (Anexo V)
- Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades: CAMI (Anexo VI)
- Índice para avaliação das fontes de satisfação do prestador de cuidados – CASI (Anexo VII)

2. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo em conta a identificação da situação de cuidados efetuada anteriormente, a identificação dos problemas e necessidades prioritárias a intervir e validadas pelo Sr. F., tendo por base a classificação CIPE.

| Diagnóstico de Enfermagem | OREM | Intervenções de Enfermagem | Avaliação |
|--|--|---|--|
| Foco: Edifício residencial. Juízo: negligenciado. (conhecimento sobre os riscos, de edifício residencial não seguro, para a saúde dos membros da família, não demonstrado) | Sistema de Enfermagem: apoio/educação para o desenvolvimento Métodos de ajuda: - Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, - Ensinar a pessoa. | -Ensinar sobre os riscos de deficiente higiene habitacional. -Ensinar sobre a segurança doméstica. -Promover o governo da casa. -Motivar para o governo da casa -Incentivar a pessoa a procurar apoios de que dispõe. -Referenciar a serviços sociais. (Figueiredo, 2012) | -Realizado ensino ao Sr. F. neste âmbito. Reconhece que deveria melhorar alguns aspetos mas sozinho não consegue. Após incentivo e suporte refere que vai contactar a filha. - Acede a que o referencie à assistente social, para informação acerca de serviços de apoio para a higiene da casa e roupa. -Informo médico de MGF da situação. -Abordo a técnica superior de higiene ambiental quanto à possibilidade de recolha de objetos acumulados (como não constitui risco para a saúde publica não intervém). -Filha do Sr. F. (após contacto telefónico do pai e ter vindo a Lisboa) contacta a USF telefonicamente e pede para falar com enfermeiro. Refere estar preocupada com o pai, não imaginando a situação em que estava |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | | reconhece que o seu pai nunca quis ajuda. Ofereceu a sua assistência (retirar objetos de casa, ajudar o pai a limpar) e disponibilidade (acompanhar este processo). Pede ajuda para saber como lidar com a situação e que deem apoio, dentro do possível, ao seu pai e a contactem caso necessário. |
| Foco: Gestão do regime medicamentoso Juízo: comprometido (toma de medicação não adequada) | Sistema de Enfermagem: apoio/educação para o desenvolvimento. Métodos de ajuda: - Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, - Ensinar a pessoa. | - Educação individualizada, de curta duração, com reforço continuado quando necessário: Ensinar sobre a doença; sobre a medicação; sobre medidas de prevenção de complicações; sobre regime terapêutico. -Apoiar a capacidade para gerir o regime -Promover a adesão ao regime medicamentoso. - Monitorizar a adesão ao regime medicamentoso (Henriques, 2011) | -Realizada educação para a saúde ao Sr. F neste âmbito. - Avaliando a resposta ao ensino sobre a medicação: compreende melhor fisiopatologia da doença crónica que detém e suas complicações; assume o compromisso de aumentar a adesão ao regime medicamentoso. -Passará a colocar a sua medicação também numa caixa perto da sua esposa. |
| Foco: Papel de prestador de cuidados (Autocuidado Higiene) | Sistema de Enfermagem: apoio/educação para o desenvolvimento. Métodos de ajuda: | -Informar sobre a importância de uma higiene adequada. -Motivar o prestador de cuidados a promover a higiene adequada ao familiar | - O casal acede a referênciação à assistente social, para informação acerca de serviços de apoio a cuidados de higiene e conforto à Sr.ª P. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Juízo: Não demonstrado</p> <p>(comportamento de adesão a autocuidado higiene não demonstrado)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, - Ensinar a pessoa; - Orientar e conduzir a pessoa. | <p>com dependência.</p> <p>-Referenciar para o serviço social.</p> <p>(Figueiredo, 2012)</p> | |
| <p>Foco: sobrecarga do cuidador</p> <p>Juízo: risco</p> | <p>Sistema de Enfermagem: apoio/educação para o desenvolvimento</p> <p>Métodos de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, - Ensinar a pessoa. - Orientar e conduzir a pessoa, - Proporcionar suporte físico ou psicológico. | <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades. - Promover a adoção de estratégias de coping eficazes e de estratégias que promovam a satisfação e bem-estar. - Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda. - Disponibilizar ajuda. - Identificar possíveis redes de apoio ao cuidador (formal, informal). - Encaminhar para equipa multidisciplinar (médico MGF, assistente social). <p>(Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Após disponibilização de ajuda por enfermeiro e incentivo da filha, aceita suporte e apoio de enfermagem e de outros profissionais - Identificadas dificuldades, estratégias de coping utilizadas e fontes de satisfação no cuidar. - Avaliação e monitorização do cuidador familiar continuada ao longo do tempo de cuidados. |

3. REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO

Este estudo de caso suscitou alguns pontos de reflexão. Ao longo dos últimos anos os cuidados de enfermagem haviam estado focalizados nas necessidades de cuidados de enfermagem da Sr.^a P.. Foi necessário a conjugação de diversos fatores, tais como: a vivência de um momento de *stress* intenso para verbalizar um pedido de ajuda, a necessidade de ser realizada uma visita domiciliária e o desenvolvimento deste projeto para promover o início de uma avaliação e intervenção dirigida ao Sr. F., enquanto pessoa idosa e seu cuidador familiar.

O reconhecimento das mudanças na vida dos cuidadores, dos diversos fatores intervenientes numa relação de cuidados e possíveis consequências deverá favorecer a vigilância das necessidades de saúde do idoso que cuida e da pessoa idosa com dependência, devendo o enfermeiro procurar estar mais próximo do cuidador idoso no sentido de o apoiar, acompanhar e orientar, prevenindo situações de sobrecarga emocional e/ou física.

Este estudo de caso suscitou também algumas considerações acerca do cuidado em contexto domiciliário, no que concerne à sua relevância na observação e análise de diferentes facetas da realidade da situação de cuidados, comparativamente ao contexto de ambulatório.

A realização da visita domiciliária de enfermagem é uma estratégia vantajosa e importante uma vez que, além de permitir avaliar o cuidador idoso e a pessoa idosa de quem cuida no seu contexto real, permite também avaliar o domicílio em termos de segurança e de recursos disponíveis e/ou possíveis. Este aspeto torna-se indispensável para determinar as necessidades de cuidados e definir um plano de intervenção adequado, no que concerne a cuidados de saúde domiciliários assim como de apoio social.

Ademais, o facto de estar no próprio ambiente da família pode contribuir para o reforço da relação de parceria estabelecida entre o cuidador idoso e família. Neste caso, favoreceu uma recolha de dados e avaliação mais aprofundada, revelando um plano de cuidados individualizado e apenas possível devido às variáveis mencionadas.

Numa situação em que um idoso fica dependente, muitas vezes a pessoa que fica responsável pelos cuidados acaba por ser o cônjuge, também ele idoso (Sousa, 2011). Em associação, os maridos idosos constituem o principal recurso na satisfação das necessidades de cuidado das suas esposas (Pinto, 2008).

Esta experiência representa um acontecimento inesperado, para o qual não se encontram preparados. Tendo vivido numa cultura em que o cuidado era uma tarefa feminina, não detêm

qualquer experiência de cuidado na sua história de vida pessoal. Contudo, esta nova realidade tem vindo a propiciar o seu afastamento de estereótipos culturalmente construídos e a desenvolver a sua competência para cuidar. Sendo um processo novo e complexo, que exige uma aprendizagem contínua, implica novas aprendizagens e o desafio das suas capacidades (Pinto, 2008). Os cuidadores idosos homens do estudo de Pinto (2008), assumem-se como cuidadores principais das suas esposas e, apesar da sobrecarga de trabalho, eles sentem-se realizados por cumprirem o seu compromisso, tal como o Sr. F..

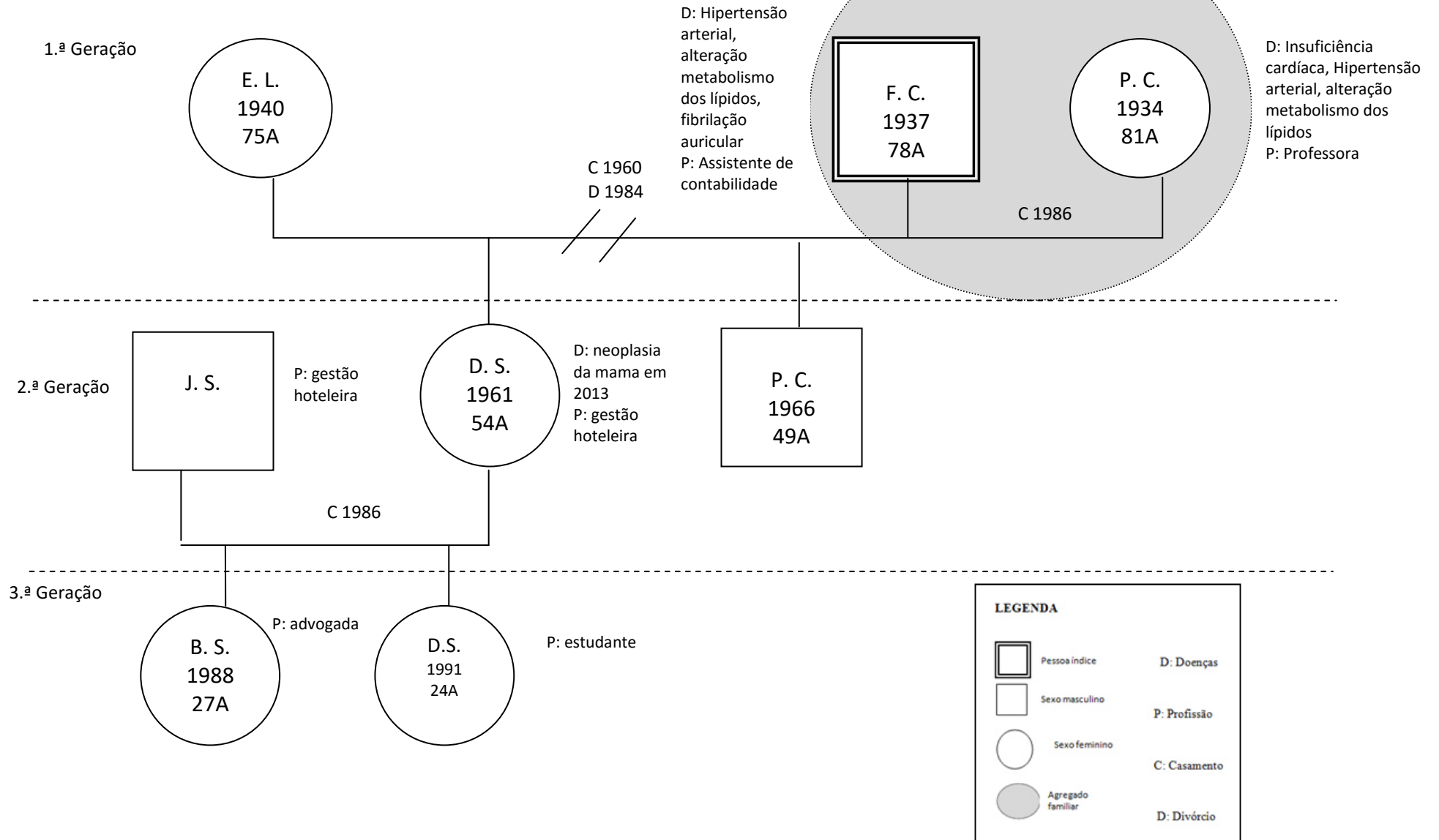
É um facto que o cuidador idoso do sexo masculino vem hoje em dia representar uma nova realidade e visão de cuidado pelo que, conforme este estudo de caso igualmente veio demonstrar, os profissionais de saúde que o acompanham devem cada vez mais estar despertos para as suas características e necessidades específicas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

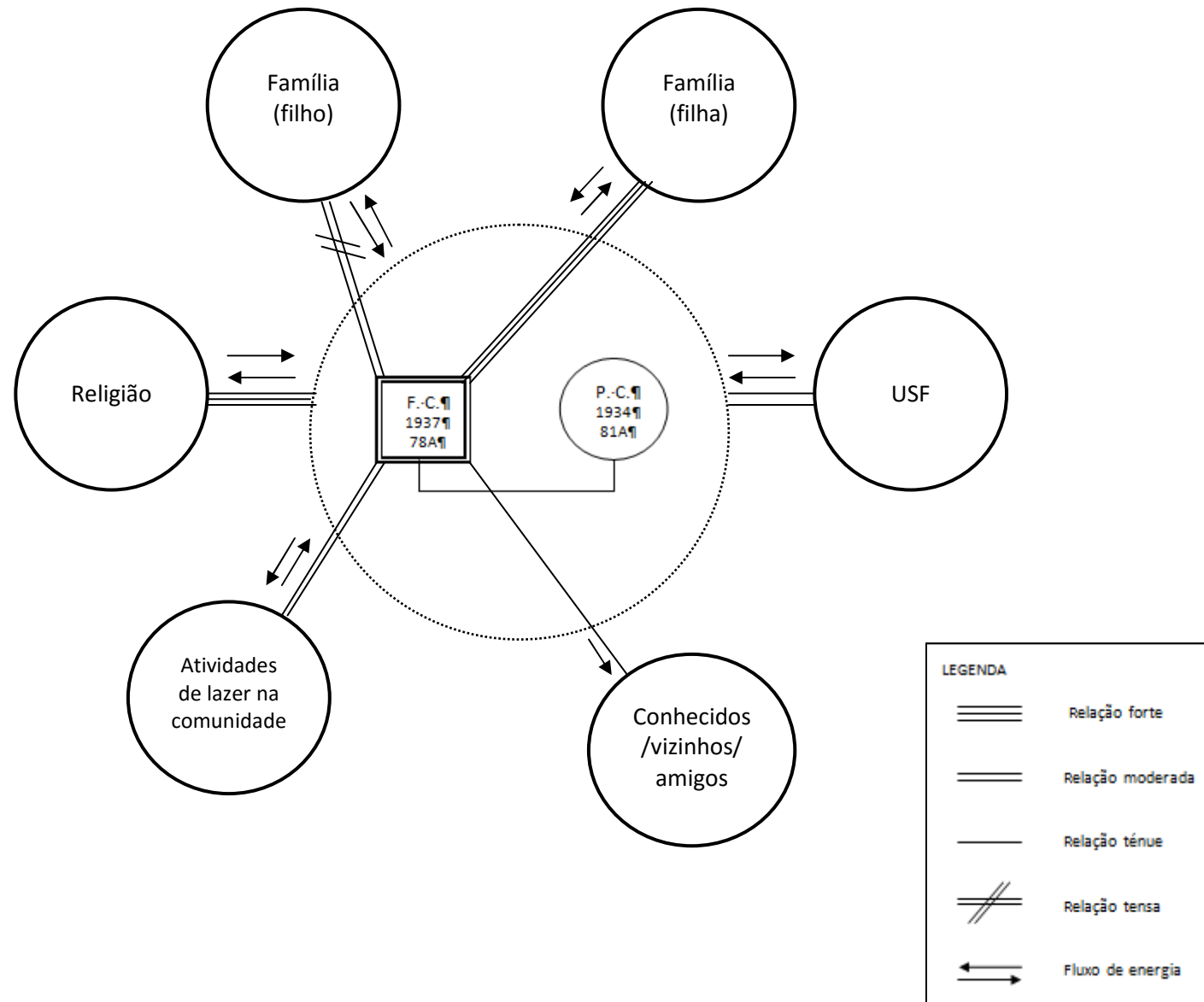
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change*. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Messecar, D. C (2012). *Family Caregiving*. In Boltz, M.; Capezuti, E.; Fulmer, T.; Zwicker, D. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Acedido a 9 de Julho de 2014. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43925>
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar- Uma estrutura para a terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. (Rodrigo, M., Trad.). Barcelona. (tradução do original do inglês Nursing: Concepts of practice de Dorothea E. Orem. 1991. Mosby).
- Pinto, C. V. D. T. (2008). *Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores*. (Tese de Mestrado) Disponível no RCAAP.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel .Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, A. A. M. (2011). *Quando o cuidador é idoso: impacto físico, emocional e social do cuidador informal idoso*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca

APÊNDICE I – Genograma e Ecomapa

GENOGRAMA



ECOMAPA



ANEXO I – Índice de Barthel

(Fonte: Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.

Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.)

ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária

Sr. F.

| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
|-------------------------------|--|---------|
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | ■10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | ■10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | ■5 |
| | Dependente | □0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | ■5 |
| | Dependente | □0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | ■10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | ■10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | □5 |
| | Incontinente fecal | □0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | ■10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | □5 |
| | Incontinente ou algaliado | □0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | ■10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | ■15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | □10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | ■15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | □10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| • TOTAL | | 100 |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD's | |
| 90-100 | Independente | ■ |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | □ |
| 40-55 | Moderadamente dependente | □ |
| 20-35 | Severamente dependente | □ |
| <20 | Totalmente dependente | □ |

ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária

Sr.^a P.

| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
|-------------------------------|--|-----------|
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | □10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | ■5 |
| | Dependente | □0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | □10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | ■5 |
| | Dependente | □0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | □5 |
| | Dependente | ■0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | ■5 |
| | Dependente | □0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | ■10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | □10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | ■5 |
| | Incontinente fecal | □0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | □10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | ■5 |
| | Incontinente ou algaliado | □0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | □10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | □5 |
| | Dependente | ■0 |
| 9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | □15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | ■10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | □15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | ■10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| • TOTAL | | 55 |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD's | |
| 90-100 | Independente | □ |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | □ |
| 40-55 | Moderadamente dependente | ■ |
| 20-35 | Severamente dependente | □ |
| <20 | Totalmente dependente | □ |

ANEXO II – Índice de Lawton

(Fonte: Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.

Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.)

ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária **Sr. F.**

| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
|---------------------------------------|--|---------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | ■1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | □2 |
| | Só executa tarefas leves | □3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | □4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | □5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | □1 |
| | Só lava pequenas peças | ■2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | □3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | □1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | □2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | ■3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | □4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | ■1 |
| | Só faz pequenas compras | □2 |
| | Faz as compras acompanhado | □3 |
| | É incapaz de ir às compras | □4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | ■1 |
| | Só telefona para lugares familiares | □2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | □3 |
| | Incapaz de usar o telefone | □4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | ■1 |
| | Só anda de táxi | □2 |
| | Necessita de acompanhamento | □3 |
| | Incapaz de usar transportes | □4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | ■1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | □2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | □3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | ■1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | □2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | □3 |
| • TOTAL | | 11 |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD's | |
| 8 | Independente | □ |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | ■ |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | □ |

ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária

Sr.^a P.

| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Só executa tarefas leves | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só lava pequenas peças | <input type="checkbox"/> 2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | <input checked="" type="checkbox"/> 4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só faz pequenas compras | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Faz as compras acompanhado | <input type="checkbox"/> 3 |
| | É incapaz de ir às compras | <input checked="" type="checkbox"/> 4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só telefona para lugares familiares | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar o telefone | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só anda de táxi | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de acompanhamento | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar transportes | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | <input checked="" type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | <input type="checkbox"/> 3 |
| • TOTAL | | 26 |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD's | |
| 8 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | <input type="checkbox"/> |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | <input checked="" type="checkbox"/> |

ANEXO III – *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

(Fonte: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf)

Mini Nutritional Assessment: MNA®

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

| | |
|----------------|-----------------|
| Apelido: C | Nome: F |
| Sexo: feminino | Idade: 73,5 |
| Peso, kg: 73,5 | Altura, cm: 173 |
| Data: | |

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos ☐ estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos ☐ sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos ☐ desnutrido

**ANEXO IV – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão
curta (GDS-15)**

(Fonte: <http://www.stanford.edu/~yesavage/Portuguese3.html>)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – versão curta (GDS-15)

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| 1. De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida? | Sim ■ (0) | Não □ (1) |
| 2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses? | Sim ■ (1) | Não □ (0) |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 4. Anda muitas vezes aborrecido(a)? | Sim ■ (1) | Não □ (0) |
| 5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim ■ (0) | Não □ (1) |
| 6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa de má? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim ■ (0) | Não □ (1) |
| 8. Sente-se desamparado(a)? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas? | Sim ■ (1) | Não □ (0) |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)? | Sim ■ (0) | Não □ (1) |
| 12. Sente-se inútil nas condições atuais? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim ■ (0) | Não □ (1) |
| 14. Sente que a sua situação é desesperada? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| 15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Senhor(a)? | Sim □ (1) | Não ■ (0) |
| Pontuação | <u>3</u> | |
| 0-5 | <u>Sem depressão</u> | |
| 6-10 | Depressão ligeira | |
| 11-15 | Depressão grave | |

ANEXO V - Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010, 2013)

(Fonte: Sequeira, C. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers". *Journal of Clinical Nursing*. 22(3-4), 491-500 DOI:

10.1111/jocn.12108;

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.. ;

Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.);

Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.

Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010, 2013)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode ser difícil porque: | Não aconteço no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | X | | | |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação | | X | | |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | X | | | |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | X | | | |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | X | | |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | X | | |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | X | | | |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | X | | |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | X | | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | X | | | |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | X | | | |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | X | | | |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | | X | | |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | | | X | |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | X | | | |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | X | | | |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado | | | X | |
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | X | | | |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | X | | | |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | | X | | |

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|--|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | | X | | |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | | | X | |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | | X | | |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | | X | | |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | X | | | |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | | | X | |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | X | | | |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | X | | | |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | X | | | |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado | X | | | |

Pontuação: 45

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|--|-----------------------------|-------------------|
| | | Não me perturba | Causa-me alguma perturbação | Perturba-me muito |
| | | | | |

FATORES DO CADI

| Fator do CADI: Problemas relacionais com o idoso | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | X | | - |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | X | | | - |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | X | | | - |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | | | X | - |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | | | X | - |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | X | | | - |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | | | X | - |

| Fator do CADI: Restrições na vida social | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | X | | - |
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | X | | | - |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | | X | | - |

| Fator do CADI: Exigências de ordem física da prestação de cuidados | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | X | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | X | | | |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | | X | | |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | X | | | |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | | X | | |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | | X | | |

| Fator do CADI: Reações à prestação de cuidados | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | X | | | - |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação | | X | | - |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | X | | | - |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | X | | | - |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado | | | X | - |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | X | | | - |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | X | | | - |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado | X | | | - |

| Fator do CADI: Falta de apoio familiar | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | X | | - | - |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | X | | - | - |

| Fator do CADI: Falta de apoio profissional | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | X | | | - |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | X | | | - |

| Fator do CADI: Problemas financeiros | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | X | | | - |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | - | X | | - |

ANEXO VI - Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). (Brito, 2000; Sequeira 2007; 2010, 2013)

(Fonte: Sequeira, C. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers". *Journal of Clinical Nursing*. 22(3-4), 491-500 DOI: 10.1111/jocn.12108;

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.. ;

Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.);

Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Brito, 2000; Sequeira 2007; 2010, 2013)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proc e-do dest a form a | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | | | Não dá resulta -do | Dá algu resulta do | Dá bastant e bom resulta do |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | | | X | |
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | X | | | |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | X | | | |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | | | X | |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | | | | X |
| 6 | Ver o lado cómico da situação | X | | | |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | | X | | |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar | X | | | |
| 9 | Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido | X | | | |
| 10 | Procurar obter toda a informação possível acerca do problema | X | | | |
| 11 | Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está | | X | | |
| 12 | Viver um dia de cada vez | | | X | |
| 13 | Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder | X | | | |
| 14 | Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível | | X | | |
| 15 | Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível | X | | | |
| 16 | Pensar que a situação está agora melhor do que antes | X | | | |
| 17 | Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | X | |
| 18 | Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução | | | X | |
| 19 | Chorar um bocado | X | | | |
| 20 | Aceitar a situação tal como ela é | | X | | |

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proc e-do dest a form a | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | | | Não dá resulta - do | Dá algu resulta do | Dá bastant e bom resulta do |
| 21 | Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante | | | X | |
| 22 | Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe | X | | | |
| 23 | Tomar medidas para evitar que os problemas surjam | X | | | |
| 24 | Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas | | | | X |
| 25 | Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação | | | | X |
| 26 | Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento | | | X | |
| 27 | Manter dominados os meus sentimentos e emoções | X | | | |
| 28 | Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género | X | | | |
| 29 | Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido | | X | | |
| 30 | Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte | | | X | |
| 31 | Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes | X | | | |
| 32 | Procurar ver o que há de positivo em cada situação | X | | | |
| 33 | Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela | | X | | |
| 34 | Pensar que ninguém tem culpa da situação | | X | | |
| 35 | Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico | | | X | |
| 36 | Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes | X | | | |
| 37 | Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras | X | | | |
| 38 | Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa | | | | X |

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

| N.º | UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É: | Faço assim e penso que: | | |
|-----|---|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| | | | | |
| | | | | |

CATEGORIAS DO CAMI

| Categoria do CAMI: Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas | | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que |
| | | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | | | X | |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | | | | |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | X | | | |
| 10 | Procurar obter toda a informação possível acerca do problema | X | | | |
| 13 | Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder | X | | | |
| 14 | Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível | | X | | |
| 15 | Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível | X | | | |
| 17 | Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | X | |
| 18 | Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução | | | X | |
| 23 | Tomar medidas para evitar que os problemas surjam | X | | | |
| 29 | Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido | | X | | |
| 30 | Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte | | | X | |
| 31 | Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes | X | | | |
| 33 | Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela* | | X | | |

| Categoria do CAMI: Perceções alternativas sobre a situação | | | | | |
|---|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que |
| | | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 6 | Ver o lado cómico da situação* | X | | | |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | | X | | |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar* | X | | | |
| 9 | Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido | X | | | |
| 11 | Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está | | X | | |
| 12 | Viver um dia de cada vez | | | X | |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 16 | Pensar que a situação está agora melhor do que antes* | X | | | |
| 20 | Aceitar a situação tal como ela é | | X | | |
| 22 | Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe* | X | | | |
| 24 | Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas | | | | X |
| 25 | Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação | | | | X |
| 26 | Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento* | | | X | |
| 27 | Manter dominados os meus sentimentos e emoções | X | | | |
| 32 | Procurar ver o que há de positivo em cada situação | X | | | |
| 34 | Pensar que ninguém tem culpa da situação | | X | | |

Categoria do CAMI: Lidar com sintomas de stress

| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que Não dá resultado | Faço assim e acho que Dá algum resultado | Faço assim e acho que Dá bastante bom resultado |
|---|---|-------------------------|---|---|--|
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | X | | | |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | | | X | |
| 19 | Chorar um bocado* | X | | | |
| 21 | Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante | | | X | |
| 28 | Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género* | X | | | |
| 35 | Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico* | | | X | |
| 36 | Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes* | X | | | |
| 37 | Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras* | X | | | |
| 38 | Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa | | | | X |

ANEXO VII - Índice para avaliação das fontes de satisfação do prestador de cuidados (CASI) (Brito, 2000; Sequeira 2007; 2010, 2013)

(Fonte: Sequeira, C. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers". *Journal of Clinical Nursing*. 22(3-4), 491-500 DOI: 10.1111/jocn.12108;

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.. ;

Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora.);

Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.

Fontes de satisfação do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010, 2013)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | X | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | X | | | |
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | X | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | X | | | |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | X | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | X | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | | | X | |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | X | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | X | | | |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | | | | X |
| 11 | Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros | | | X | |
| 12 | Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem | | | X | |
| 13 | É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas | | | X | |
| 14 | É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido | | | X | |
| 15 | Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém | | | | X |
| 16 | Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa | X | | | |
| 17 | É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero | X | | | |

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 18 | Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade | X | | | |
| 19 | Ajuda a evitar que me sinta culpado | X | | | |
| 20 | Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar | | | | X |
| 21 | Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim | X | | | |
| 22 | Posso garantir que a pessoa de quem cuido | | | X | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| | tem as suas necessidades satisfeitas | | | | |
| 23 | Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos | X | | | |
| 24 | É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido | | | X | |
| 25 | Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades | | | X | |
| 26 | Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé | | | X | |
| 27 | Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes | X | | | |
| 28 | No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível | | | | X |
| 29 | Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato | | | X | |
| 30 | Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado | | | X | |

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dá.

| | | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|------------------------------------|-------------------|------------------|
| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE DAR SATISFAÇÃO PORQUE: | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| | | | | |

CATEGORIAS DO CASI

Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados

| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me nenhuma satisfação | Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação | Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação |
|--|--|--------------------------|---|--|---|
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | X | | | |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | X | | | |
| 17 | É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero | X | | | |
| Pessoa dependente como principal beneficiário | | | | | |
| 12 | Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem | - | - | X | |
| 14 | É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido | - | - | X | |
| 24 | É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido | - | - | X | |
| Benefício mútuo | | | | | |
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | X | | | |
| 18 | Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade | X | | | |
| 29 | Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato | | | X | |

Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica

| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me |
|---|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | nenhuma satisfação | alguma satisfação | muita satisfação |
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | | | X | |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | | | | X |
| 16 | Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa | X | | | |
| 19 | Ajuda a evitar que me sinta culpado* | X | | | |
| 25 | Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades | | | X | |
| 27 | Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes* | X | | | |
| 30 | Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado | | | X | |
| Pessoa dependente como principal beneficiário | | | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | X | | | |
| 22 | Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas | | | X | |
| Benefício mútuo | | | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | X | | | |
| 11 | Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros | | | X | |
| 21 | Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim | X | | | |
| 26 | Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé | | | X | |
| 28 | No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível | | | | X |

Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica de resultados (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis)

| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me |
|---|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | nenhuma satisfação | alguma satisfação | muita satisfação |
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | X | | | |
| 23 | Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos* | X | | | |
| Pessoa dependente como principal beneficiaria | | | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | X | | | |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | X | | | |
| 13 | É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas | | | X | |
| 15 | Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém | | | | X |
| 20 | Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar | | | | X |

**Apêndice XI - Instrumento de colheita de dados para a
avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador
idoso da pessoa idosa com dependência**

**AVALIAÇÃO DO CUIDADOR IDOSO
DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA**

| INFORMAÇÕES GERAIS ACERCA DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA (ID) | | | |
|---|--|---------|--|
| Nome | | | |
| Data Nascimento | | N.º SNS | |
| Enfermeiro de referência | | | |
| Médico de família | | | |
| Morada | | | |
| Contacto | | | |

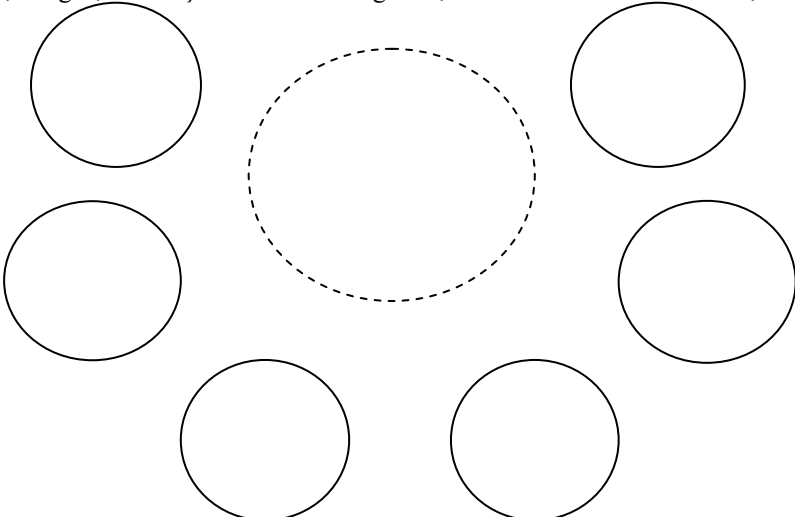
| INFORMAÇÕES GERAIS ACERCA DO CUIDADOR IDOSO (CI) | | | |
|--|--|---------|--|
| Nome | | | |
| Data Nascimento | | N.º SNS | |
| Enfermeiro de referência | | | |
| Médico de família | | | |
| Contacto | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| Avaliação realizada por: | |
| Data: | |

| CONTEXTO DO CUIDADOR IDOSO | | | |
|---|--|------|--|
| 1.Dados pessoais | | | |
| Idade | | Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |
| Estado civil | Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Escolaridade | Analfabeto <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1.º/2.º/3.º Ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino secundário ou superior <input type="checkbox"/> | | |
| Situação profissional/ocupação | Doméstico <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ | | |
| 2.Qual a sua relação com o ID? | | | |
| Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão/ã <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Vizinho/a <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ | | | |
| 3. Vive com o ID? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 4.Há quanto tempo cuida do ID? | | | |
| 1 a 6 m <input type="checkbox"/> 6 m a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 9 anos <input type="checkbox"/> > 10 anos <input type="checkbox"/> | | | |
| 5. Durante quanto tempo por dia cuida do ID? | | | |
| Contatos pontuais <input type="checkbox"/> 1 a 2h <input type="checkbox"/> 3 a 5h <input type="checkbox"/> 6 a 8h <input type="checkbox"/> 9 a 12h <input type="checkbox"/> 13 a 17h <input type="checkbox"/> 18 a 24h <input type="checkbox"/> | | | |
| 6. Tem a responsabilidade de cuidar de outras pessoas? | | | |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem? _____ | | | |
| 7.Como foi a sua escolha para cuidador familiar? | | | |
| Vontade própria <input type="checkbox"/> Decisão familiar/obrigação <input type="checkbox"/> | | | |
| Se segunda opção: Aceitou assumir este papel? <input type="checkbox"/> Ou sente que é obrigado/pressionado/a a cuidar? <input type="checkbox"/> | | | |
| Conforme resposta: Aceitação do papel Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. O ID aceita ser cuidado por si? | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. Como classifica a qualidade da relação com o ID? | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Muito fraca <input type="checkbox"/> | | | |
| 9.1 E com a restante família? | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Muito fraca <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. Composição da família. | | | |
| Genograma | | | |
| Geração 1 | | | |
| Geração 2 | | | |
| Geração 3 | | | |

| |
|--|
| 11. Tipo de família |
| Nuclear <input type="checkbox"/> Alargada <input type="checkbox"/> Reconstruída <input type="checkbox"/> Unipessoal <input type="checkbox"/> |
| 12. Ciclo vital da família |
| Família com filhos adultos (lançando os filhos e seguindo em frente) <input type="checkbox"/> Família no estágio tardio da vida <input type="checkbox"/> |
| 13. Ambiente físico do domicílio |
| Higiene da habitação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Barreiras arquitetónicas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quais _____ |
| Abastecimento água? Rede privada <input type="checkbox"/> Rede publica <input type="checkbox"/> |
| Abastecimento de gás? Gás natural <input type="checkbox"/> Gás canalizado <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ |
| _____ |

| |
|---|
| RECURSOS DO CUIDADOR IDOSO |
| 1.Existência de cuidador secundário? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem é? _____ |
| 2. Conta com o apoio informal de outras pessoas? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quem? _____ |
| Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco _____ Amigo <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ |
| Em quê? |
| Ajuda nos cuidados <input type="checkbox"/> Companhia social <input type="checkbox"/> Apoio emocional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. Conta com serviços formais de apoio? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, em quê? |
| Apoio domiciliário (IPSS) <input type="checkbox"/> ; para: Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Limpezas <input type="checkbox"/> Tratamento de roupa <input type="checkbox"/> |
| Empregada doméstica <input type="checkbox"/> ; para: Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Limpezas <input type="checkbox"/> Tratamento de roupa <input type="checkbox"/> |
| Centro de dia <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Equipa de saúde da USF. <input type="checkbox"/> |
| Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ |
| 4. Conta com outros recursos comunitários? |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quais? _____ |
| Organizações religiosas <input type="checkbox"/> Organizações de voluntariado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ |
| 5.Sabe quais os recursos existentes nesta comunidade que lhe possam ser úteis? |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Se não, deseja informação acerca destes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (Recursos de apoio social-Apêndice IV) |
| 5. Que recursos financeiros detêm? |
| Ordenado <input type="checkbox"/> Reforma <input type="checkbox"/> Complemento solidário para idosos <input type="checkbox"/> Complemento por dependência <input type="checkbox"/> |
| Instituições <input type="checkbox"/> Ajudas técnicas <input type="checkbox"/> Ajuda monetária de outras pessoas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ |

| | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 6. Como classifica o apoio social que tem? (apoio de família/amigos/vizinhos/serviços formais, etc.) | | | | |
| Muito bom <input type="checkbox"/> | Bom <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> | Fraco <input type="checkbox"/> | Muito fraco <input type="checkbox"/> |
| 7. Relação com os sistemas mais amplos/ fluxo de recursos. | | | | |
| Ecomapa (família, amigos, instituições de saúde/religiosas, atividades de lazer e cultura, etc.) | | | | |
|  | | | | |
| 8. Estratégias de coping. | | | | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice para avaliação das formas como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades - CAMI (Anexo 6) | | | | |
| Outras informações _____ _____ _____ | | | | |

| PERCEÇÃO DO CUIDADOR RELATIVAMENTE À SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DO ID | |
|---|--|
| 1.Quais são os antecedentes pessoais do ID? | |
| _____ _____ _____ _____ _____ | |
| 2. Considera que o ID apresenta alterações a nível cognitivo? | |
| Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> | |
| Se sim, tem problemas de comportamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| Se sim, quais? Com que frequência? _____ | |
| 3. Avaliação da capacidade funcional (Necessidade de ajuda nas ABVD e AIVD) | |

| ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária - ABVD | | |
|---|--|-----------------------------|
| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente fecal | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Incontinente ou algaliado | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. TRANSFERENCI A CADEIRA- CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dependente | <input type="checkbox"/> 0 |

| | | |
|---|--|----------------------------|
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD | |
| 90-100 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 40-55 | Moderadamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| 20-35 | Severamente dependente | <input type="checkbox"/> |
| <20 | Totalmente dependente | <input type="checkbox"/> |
| ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária - AIVD | | |
| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Só executa tarefas leves | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | <input type="checkbox"/> 5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só lava pequenas peças | <input type="checkbox"/> 2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | <input type="checkbox"/> 3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | <input type="checkbox"/> 4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só faz pequenas compras | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Faz as compras acompanhado | <input type="checkbox"/> 3 |
| | É incapaz de ir às compras | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só telefona para lugares familiares | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar o telefone | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só anda de táxi | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de acompanhamento | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar transportes | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | <input type="checkbox"/> 3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | <input type="checkbox"/> 3 |

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD | |
| 8 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | <input type="checkbox"/> |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ | | |
| _____ | | |

| COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR IDOSO PARA PRESTAR CUIDADOS | | |
|--|------------------------------|---|
| 1.Como avalia a sua confiança e competência em cuidar? | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> | Boa <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Muito fraca <input type="checkbox"/> |
| 2.Considera ter conhecimentos adequados acerca das tarefas de cuidar? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Avaliação do papel de prestador de cuidados. | | |
| Conhecimento do papel (dimensões aplicáveis) | | |
| <u>Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do cuidador idoso sobre:</u> | Sim | Não |
| Autocuidado Higiene | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica/periodicidade de lavagem dos dentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre higiene do cabelo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a técnica do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a técnica/periodicidade de lavagem dos dentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre a higiene do cabelo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Vestuário | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a adequação do vestuário ao clima | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a técnica para vestir e despir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica para vestir e despir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Comer | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre preparação de alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnica de alimentação (oral, SNG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica de alimentação (oral, SNG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Beber | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão de ingestão de líquidos adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnica de administração de líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ·Aprendizagem de habilidades sobre técnica de administração de líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Autocuidado Ir ao sanitário | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado comportamento sono-reposo | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a importância de um sono reparador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a organização das horas de sono e repouso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado atividade recreativa | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre a importância de manter atividades de lazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocuidado Atividade física (Deambulação, transferência cadeira/cama) | | |
| -Conhecimento sobre a importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestão do regime terapêutico | | |
| -Conhecimento sobre importância de estimular a independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre fisiopatologia da doença | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Conhecimento sobre regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportamentos de adesão | | |
| <u>O cuidador idoso:</u> | Sim | Não |
| Estimula a independência do idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove higiene adequada ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove a utilização de vestuário adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove ingestão nutricional adequada ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização pelo idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove comportamento sono-reposo adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove atividades recreativas adequadas ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promove padrão de exercício adequado ao idoso dependente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assiste o idoso dependente na autovigilância | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outras informações _____ | | |

| BEM-ESTAR DO CUIDADOR IDOSO | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Como é que avalia (percepção própria) a sua saúde? | | | | |
| Muito boa <input type="checkbox"/> | Boa <input type="checkbox"/> | Razoável <input type="checkbox"/> | Má <input type="checkbox"/> | Muito má <input type="checkbox"/> |
| 2. Comparativamente há 6 meses atrás acha que a sua saúde melhorou, está igual ou piorou? | | | | |
| Melhor <input type="checkbox"/> | Igual <input type="checkbox"/> | | Pior <input type="checkbox"/> | |
| 2. Condições de saúde e sintomas. | | | | |
| 2.1. Tem algum problema de saúde/sintomatologia? | | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | |
| Se sim, quais? _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| 2.1.1. Acha que apresenta alterações a nível emocional ou está deprimido? | | | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, especificar _____ | | | | |
| 2.2. Avaliação de Depressão Geriátrica | | | | |
| Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS-15) (Anexo 3) | | | | |
| 2.3. Avaliação funcional do CI | | | | |
| Avaliar a funcionalidade nas ABVD - Índice de Barthel (Anexo 1) e nas AIVD - Índice de Lawton (Anexo 2) | | | | |
| 2.4. Dificuldades reconhecidas do CI. | | | | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice de avaliação das dificuldades do prestador de cuidados – CADI. (Anexo 4) | | | | |
| Outras informações _____ | | | | |
| _____ | | | | |

| CONSEQUÊNCIAS DO CUIDAR | |
|---|--|
| 1. Sobrecarga do CI. | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar a Escala de sobrecarga do cuidador – ESC. (Anexo 7) | |
| 2. Benefícios reconhecidos do CI. | |
| Conforme algoritmo de decisão, aplicar o Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados – CASI. (Anexo 5) | |
| Outras informações _____ | |
| _____ | |

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR IDOSO DA PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Diagnóstico de enfermagem | | |
| Foco | Juízo | Juízo |
| Papel de cuidador familiar (conhecimento do papel/aprendizagem de habilidades/comportamentos de adesão não demonstrado) | Adequado <input type="checkbox"/> | Não adequado <input type="checkbox"/> |
| Intervenções de enfermagem | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados (ensinar, instruir, treinar o cuidador familiar ao nível do autocuidado) <input type="checkbox"/> - Orientar para a importância da manutenção da atividade do idoso dependente (exercícios, estimulação cognitiva, participação social, etc.) <input type="checkbox"/> - Orientar para a importância / motivar o cuidador familiar a promover o autocuidado <input type="checkbox"/> - Informar sobre recursos existentes, ajudas técnicas ou outras ajudas. <input type="checkbox"/> - Encaminhar para serviços sociais <input type="checkbox"/> | | |
| (Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012) | | |

| | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Diagnóstico de enfermagem | | |
| Foco | Juízo | Juízo |
| Sobrecarga do cuidador familiar | Risco <input type="checkbox"/> | Atual <input type="checkbox"/> |
| Intervenções de enfermagem | | |
| <u>Suporte e apoio</u> Avaliar/identificar possíveis redes de apoio ao cuidador (formal, informal) <input type="checkbox"/> Promover a utilização adequada dos serviços de apoio existentes (ex.: descanso do cuidador) <input type="checkbox"/> Incentivar a participação nas atividades sociais <input type="checkbox"/> Supervisionar fatores predisponentes de sobrecarga <input type="checkbox"/> Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades <input type="checkbox"/> | | |

Promover a adoção de estratégias de coping eficazes □

Promover a implementação de estratégias que promovam satisfação no cuidar □

Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda □

Orientar para a necessidade de vigilância de saúde e atividades promotoras de saúde □

Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio □

Permitir a verbalização de sentimentos e expectativas □

Disponibilizar ajuda □

Esclarecer dúvidas □

Encaminhar para equipa multidisciplinar (médico, assistente social, psicóloga, fisioterapêutica) □

Promoção da participação da família

Informar sobre as necessidades de cuidado ao familiar □

Consciencializar à participação da família para aliviar o cuidador idoso □

(Sequeira, 2010; Figueiredo, 2012)

ANEXOS

1. ÍNDICE DE BARTHEL: Atividades básicas de vida diária.

| ABVD | ITENS | COTAÇÃO |
|-------------------------------|--|---------|
| 1. ALIMENTAÇÃO | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | □10 |
| | Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 2. VESTIR | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | □10 |
| | Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 3. BANHO | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 4. HIGIENE CORPORAL | Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 5. USO DA CASA DE BANHO | Independente | □10 |
| | Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 6. CONTROLO INTESTINAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) | □10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | □5 |
| | Incontinente fecal | □0 |
| 7- CONTROLO VESICAL | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho) | □10 |
| | Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor) | □5 |
| | Incontinente ou algaliado | □0 |
| 8. SUBIR ESCADAS | Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | □10 |
| | Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | □15 |
| | Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão) | □10 |
| | Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| 10. DEAMBULAÇÃO | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | □15 |
| | Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | □10 |
| | Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) | □5 |
| | Dependente | □0 |
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas ABVD's | |
| 90-100 | Independente | □ |
| 60-89 | Ligeiramente dependente | □ |
| 40-55 | Moderadamente dependente | □ |
| 20-35 | Severamente dependente | □ |
| <20 | Totalmente dependente | □ |

2.ÍNDICE DE LAWTON: Atividades instrumentais de vida diária.

| AIVD | ITENS | COTAÇÃO |
|---------------------------------------|--|----------------------------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Só executa tarefas leves | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | <input type="checkbox"/> 5 |
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só lava pequenas peças | <input type="checkbox"/> 2 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | <input type="checkbox"/> 3 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de preparar as refeições | <input type="checkbox"/> 4 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só faz pequenas compras | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Faz as compras acompanhado | <input type="checkbox"/> 3 |
| | É incapaz de ir às compras | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só telefona para lugares familiares | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de ajuda para o usar | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar o telefone | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só anda de táxi | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Necessita de acompanhamento | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Incapaz de usar transportes | <input type="checkbox"/> 4 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | <input type="checkbox"/> 3 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | <input type="checkbox"/> 3 |
| TOTAL | | |
| Pontuação | Grau de dependência nas AIVD's | |
| 8 | Independente | <input type="checkbox"/> |
| 9-20 | Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda | <input type="checkbox"/> |
| >20 | Severamente dependente, necessita de muita ajuda | <input type="checkbox"/> |

3. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – versão curta (GDS-15)

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 4. Anda muitas vezes aborrecido(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa de má? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 8. Sente-se desamparado(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 12. Sente-se inútil nas condições atuais? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não <input type="checkbox"/> (1) |
| 14. Sente que a sua situação é desesperada? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| 15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> (1) | Não <input type="checkbox"/> (0) |
| Pontuação | | |
| 0-5 | Sem depressão | |
| 6-10 | Depressão ligeira | |
| 11-15 | Depressão grave | |

4. ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode ser difícil porque: | Não acon - tece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|---|---|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma pertur- bação | Perturba- me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | | | | |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação | | | | |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | | | | |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | | | | |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | | | |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | | | |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | | | | |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | | | |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | | | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | | | | |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | | | | |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | | | | |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | | | | |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | | | | |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | | | | |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | | | | |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado | | | | |
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | | | | |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | | | | |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | | | | |

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Não acon - tece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|--|---|---|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | Não me perturba | Causa alguma pertur- bação | Perturba- me muito |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | | | | |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | | | | |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | | | | |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | | | | |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | | | | |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | | | | |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | | |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | | | | |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | | | | |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado | | | | |

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE: | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|-----|---|--|-----------------------------|------------------------|
| | | Não me perturba | Causa-me alg perturbação | Perturba-- me muito |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5.ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS SATISFAÇÕES DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Fontes de satisfação do prestador de cuidados (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010a, 2013)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | | | | |
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | | | | |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | | | | |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | | | | |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | | | | |
| 11 | Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros | | | | |
| 12 | Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem | | | | |
| 13 | É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas | | | | |
| 14 | É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido | | | | |
| 15 | Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém | | | | |
| 16 | Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa | | | | |
| 17 | É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero | | | | |

| N.º | Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| 18 | Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade | | | | |
| 19 | Ajuda a evitar que me sinta culpado | | | | |
| 20 | Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar | | | | |
| 21 | Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim | | | | |
| 22 | Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas | | | | |
| 23 | Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos | | | | |
| 24 | É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido | | | | |
| 25 | Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades | | | | |
| 26 | Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé | | | | |
| 27 | Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes | | | | |
| 28 | No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível | | | | |
| 29 | Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato | | | | |
| 30 | Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado | | | | |

Se há outros aspetos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dá.

| N.º | PRESTAR CUIDADOS PODE DAR SATISFAÇÃO PORQUE: | Isto acontece no meu caso e dá-me: | | |
|-----|--|------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | Nenhuma satisfação | Alguma satisfação | Muita satisfação |
| | | | | |

6. ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS MANEIRAS COMO O PRESTADOR DE CUIDADOS ENFRENTAR AS DIFICULDADES

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Brito, 2000; Sequeira 2007; 2010a, 2013)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proce- do desta forma | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | | | Não dá resulta- do | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | | | | |
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | | | | |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | | | | |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | | | | |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | | | | |
| 6 | Ver o lado cómico da situação | | | | |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | | | | |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar | | | | |
| 9 | Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido | | | | |
| 10 | Procurar obter toda a informação possível acerca do problema | | | | |
| 11 | Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está | | | | |
| 12 | Viver um dia de cada vez | | | | |
| 13 | Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder | | | | |
| 14 | Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível | | | | |
| 15 | Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível | | | | |
| 16 | Pensar que a situação está agora melhor do que antes | | | | |
| 17 | Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | | |
| 18 | Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução | | | | |
| 19 | Chorar um bocado | | | | |
| 20 | Aceitar a situação tal como ela é | | | | |

| N.º | Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é: | Não proce- do desta forma | Faço assim e acho que: | | |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | | Não dá resulta- Do | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 21 | Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante | | | | |
| 22 | Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe | | | | |
| 23 | Tomar medidas para evitar que os problemas surjam | | | | |
| 24 | Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas | | | | |
| 25 | Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação | | | | |
| 26 | Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento | | | | |
| 27 | Manter dominados os meus sentimentos e emoções | | | | |
| 28 | Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género | | | | |
| 29 | Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido | | | | |
| 30 | Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte | | | | |
| 31 | Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes | | | | |
| 32 | Procurar ver o que há de positivo em cada situação | | | | |
| 33 | Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela | | | | |
| 34 | Pensar que ninguém tem culpa da situação | | | | |
| 35 | Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico | | | | |
| 36 | Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes | | | | |
| 37 | Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras | | | | |
| 38 | Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa | | | | |

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

| N.º | UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É: | Faço assim e penso que: | | |
|-----|---|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| | | | | |
| | | | | |

7.ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR.

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| N.º | Item | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|---|-------|-------------|----------|--------------|--------------|
| 1 | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita? | | | | | |
| 2 | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? | | | | | |
| 3 | Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer? | | | | | |
| 4 | Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar? | | | | | |
| 5 | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar? | | | | | |
| 6 | Considera que a situação atual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | | | | | |
| 7 | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? | | | | | |
| 8 | Considera que o seu familiar está dependente de si? | | | | | |
| 9 | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar? | | | | | |
| 10 | Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 11 | Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar? | | | | | |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar? | | | | | |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? | | | | | |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem? | | | | | |
| 16 | Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | | | | | |
| 17 | Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? | | | | | |
| 18 | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? | | | | | |
| 19 | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? | | | | | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | | |
| 21 | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | | | |
| 22 | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar? | | | | | |

**Apêndice XII - Monitorização da utilização pela equipa
de enfermagem da avaliação e intervenção ao cuidador
idoso**

MONITORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO AO CUIDADOR IDOSO

Durante 6 semanas, a partir do dia 15 de Dezembro de 2014 até à data de 6 de Fevereiro de 2015 (com interrupção para férias do Natal de 22/12/2014 a 4/1/2015) realizou-se a implementação do instrumento de avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso. Um dossiê específico foi organizado, com alguns exemplares para os enfermeiros levarem consigo durante as visitas domiciliárias. Para minha monitorização, foi anexado a esse dossiê, na primeira página, uma tabela de registo das pessoas acompanhadas em programa de visita domiciliária nesse período de tempo, na qual constava a sua idade e se, apresentando algum grau de dependência nas AVD, tinham um cuidador familiar e qual a sua idade.

Durante esta fase, a cada “primeira” VD realizada os enfermeiros analisavam se as pessoas alvo de cuidados cumpriam, neste caso específico, os critérios de inclusão (ou exclusão) no projeto.

A população elegível, ou seja, os cuidadores idosos da pessoa idosa com algum grau de dependência, a quem era realizada visita domiciliária de enfermagem foi pedido consentimento informado oral para a realização da sua avaliação. As informações recolhidas serviam o objetivo principal de o ajudar, fornecendo os resultados desta, a base para o enfermeiro, em parceria com este, planejar cuidados individualizados, promovendo a manutenção da sua saúde e bem-estar.

A partir do momento em que eram elegíveis e demonstravam aceitar a intervenção de enfermagem preconizada iniciava-se a sua implementação. A avaliação e intervenção deveria ser mantida pelo mesmo enfermeiro, preferencialmente, quando possível, pelo enfermeiro de referência.

Por, na realidade da prática, demonstrar ser um instrumento extenso, ao invés de uma avaliação semanal conforme predefinido, decidiu-se realizar apenas uma avaliação intermédia e uma avaliação final.

As avaliações realizaram-se mediante a análise dos registos realizados, permitindo obter resultados ao nível desta atividade. Visando esse objetivo, foram criadas tabelas de análise com base nas diversas dimensões de avaliação preconizadas e intervenções de enfermagem sugeridas na literatura.

Ao realizar a avaliação intermédia do dossiê das VD's a 16 de Janeiro de 2015, observa-se que dos idosos a quem se haviam realizado visitas domiciliárias, 5 (31,3%) destes tinham um cuidador familiar que era idoso.

Na fase intermédia, existiam 4 instrumentos de avaliação com várias dimensões avaliadas, verificando-se menor preenchimento relativamente às escalas de avaliação do cuidador. Por outro lado, um dos cuidadores idosos elegíveis não havia todavia sido alvo de intervenção por parte da equipa.

Na penúltima semana de estágio é iniciada a realização da avaliação final desta etapa.

Em primeiro lugar, aferiu-se no programa informático as VD's realizadas neste decurso de tempo e apurou-se que foram realizadas diversas visitas domiciliárias a um total de 18 pessoas, o que correspondia à informação escrita pela equipa de enfermagem na tabela inicial do dossiê específico das VD's.

Tabela 1- Caracterização da idade das pessoas às quais se realizou visita domiciliária de enfermagem

| | | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------------|------------|-------------|
| Idade | ≥ 85 | 7 | 38.9 |
| | $\geq 75 - < 85$ | 8 (Moda) | 44.4 |
| | $\geq 65 - < 75$ | 1 | 5.6 |
| | < 65 | 2 | 11.1 |
| Total | | 18 | 100 |

Explorando estes dados, do total de 18 pessoas, 16 tinham idade \geq a 65 anos (88,9%) e 2 tinham idade inferior a 65 anos (11,1%).

De seguida avaliou-se se estes 16 idosos necessitavam de um cuidador familiar e, em caso afirmativo, que idade estes tinham, como critério de inclusão.

Tabela 2- Caracterização da idade dos cuidadores familiares

| | | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------------|------------|-------------|
| Idade | ≥ 65 | 5 | 31.3 |
| | $\geq 20 - < 65$ | 11 (Moda) | 68.7 |
| Total | | 16 | 100 |

Na tabela 2 apresentam-se as idades dos 16 cuidadores familiares identificados. Destes, 5 (31,3%) tinham idade \geq a 65 anos.

Assim sendo, corresponderiam aos critérios de inclusão para avaliação e intervenção de enfermagem, 5 cuidadores familiares idosos.

De referir que, foram 3 os enfermeiros que iniciaram e deram continuidade à avaliação e intervenção preconizadas. Contudo, pode considerar-se que toda a equipa participou uma vez que, sendo as VD's realizadas em equipas de 2 enfermeiros, toda a equipa acabou por presenciar e vivenciar todo o processo desenvolvido.

Avaliação intermédia e final

De seguida apresentam-se os resultados das avaliações efetuadas.

Gráfico 1. Registos de enfermagem relativos ao contexto do cuidador idoso

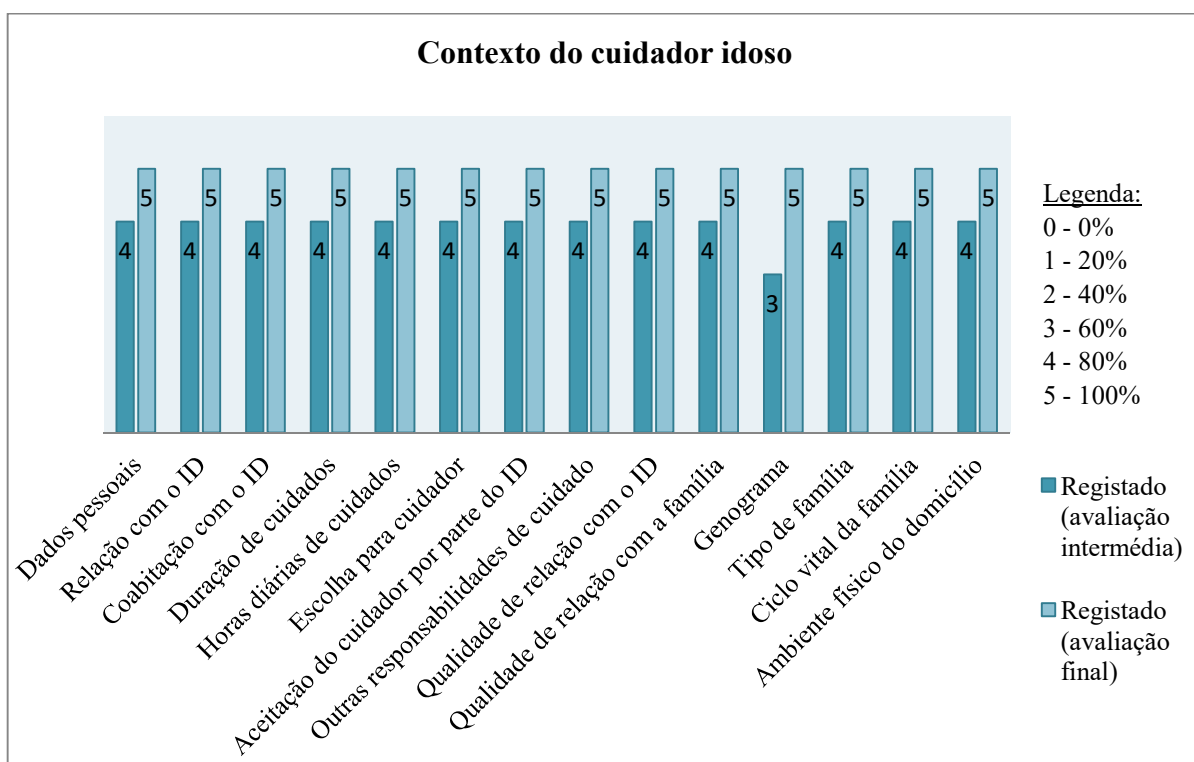


Gráfico 2. Registos de enfermagem relativos aos recursos do cuidador idoso

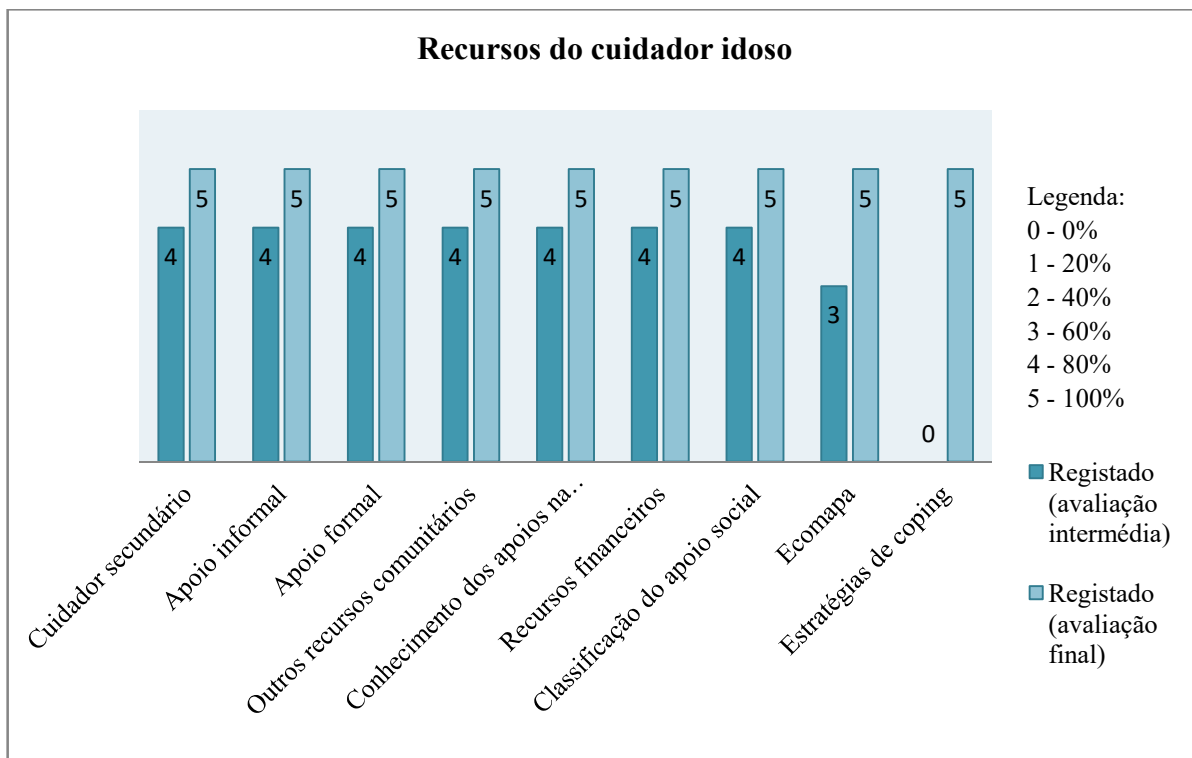


Gráfico 3. Registos de enfermagem relativos à perceção do cuidador relativamente à saúde e capacidade funcional do ID

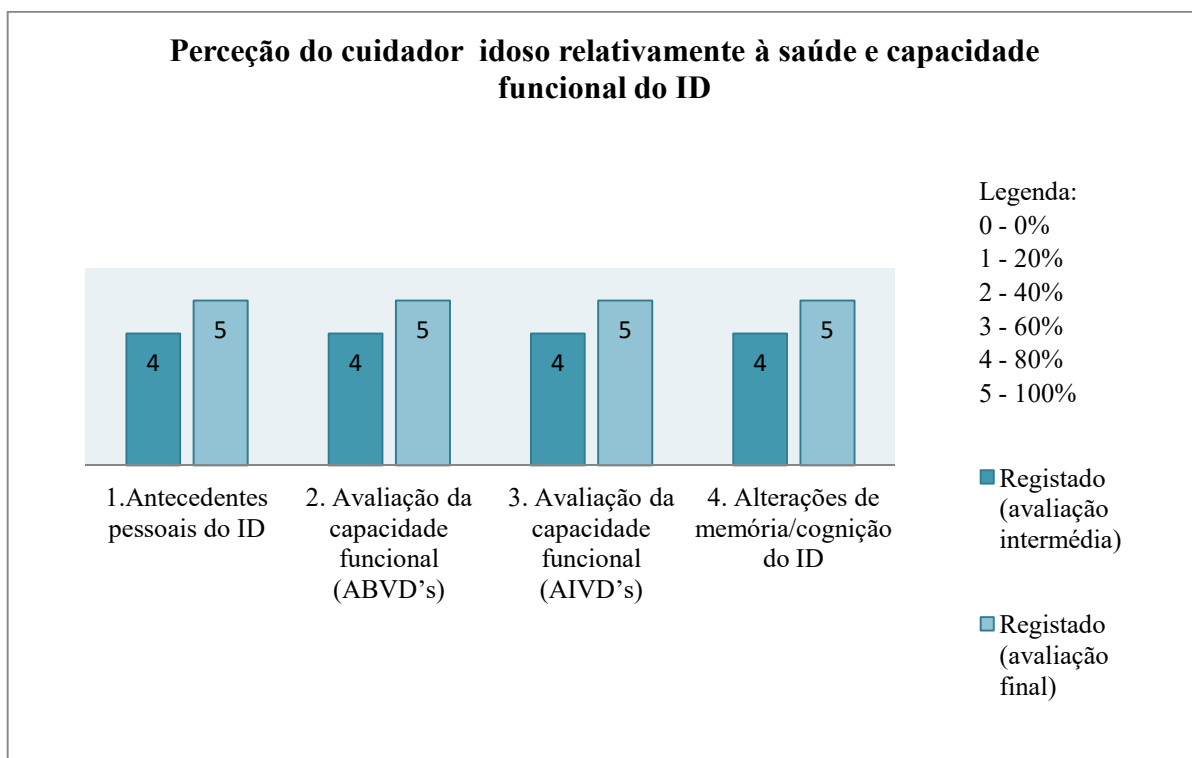


Gráfico 4. Registos de enfermagem relativos à competência do cuidador idoso para prestar cuidados

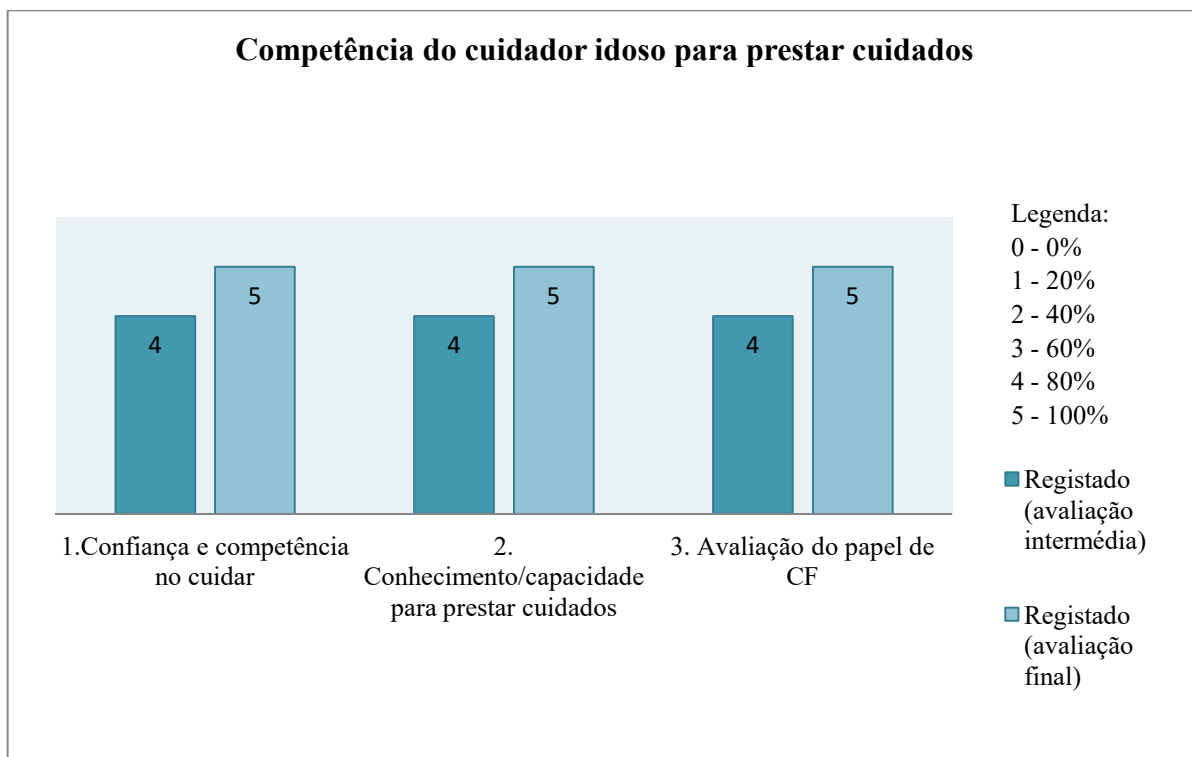


Gráfico 5. Registos de enfermagem relativos ao bem-estar do cuidador idoso

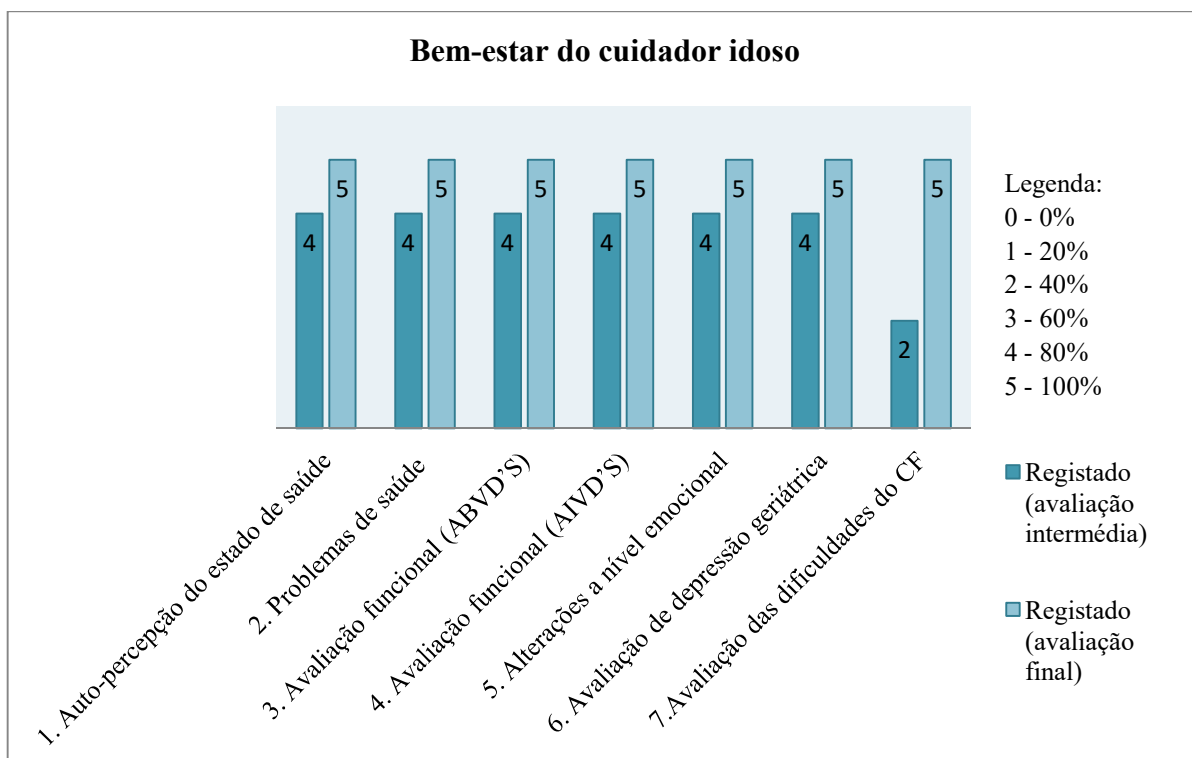
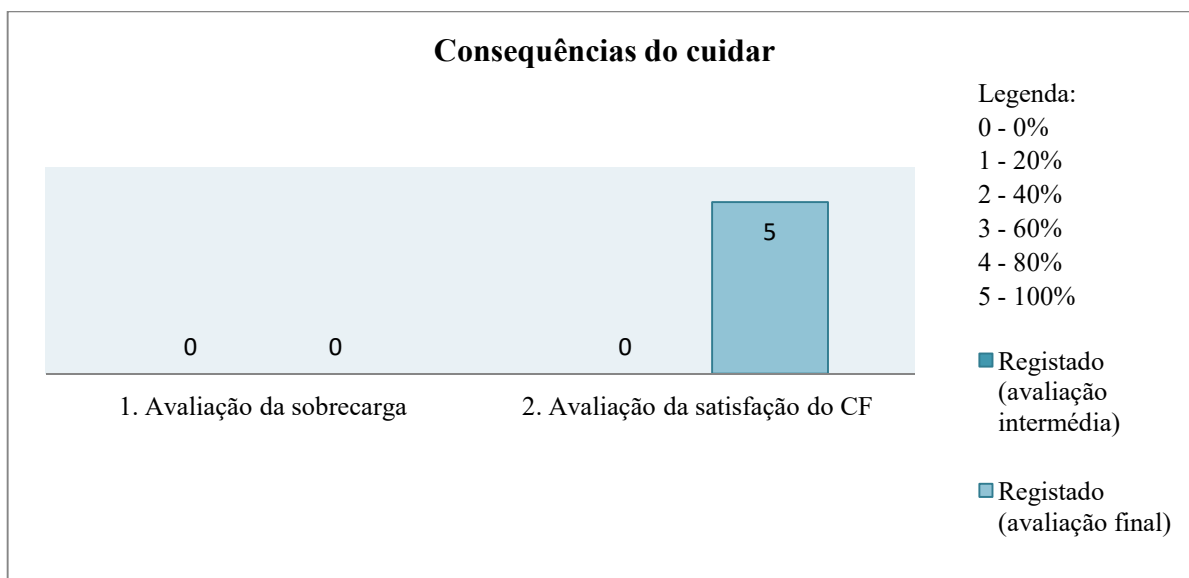


Gráfico 6. Registos de enfermagem relativos às consequências do cuidar

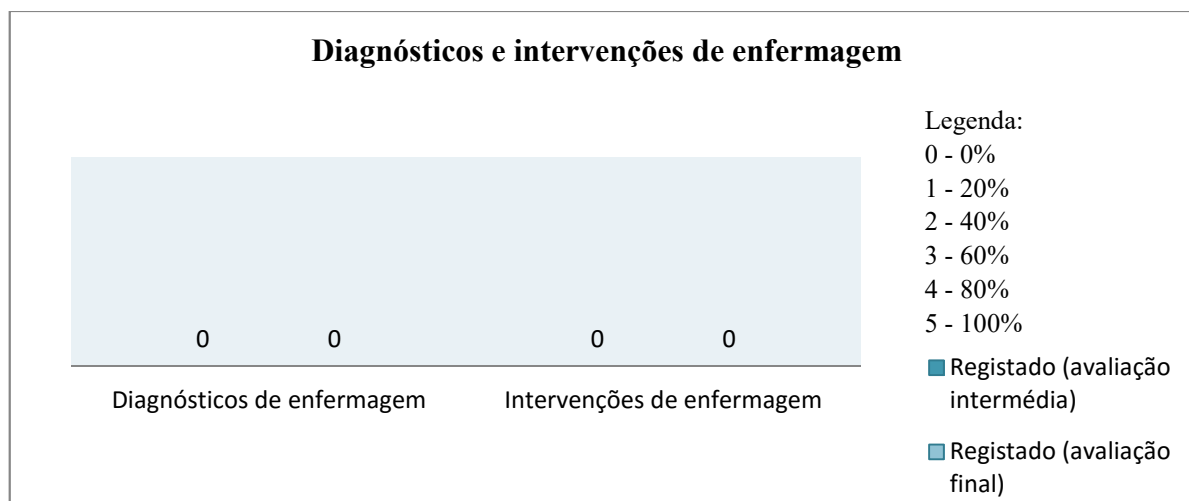


Na avaliação final, ao examinar o dossiê específico das VD's averiguou-se que estavam aplicados e registados pela equipa de enfermagem 5 exemplares do guião orientador de avaliação e intervenção de enfermagem ao cuidador idoso.

Da visualização dos gráficos 1 a 6, conclui-se que a equipa de enfermagem ao longo do tempo realizou a avaliação de todos os itens de cada domínio. A escala de sobrecarga do cuidador não foi aplicada a nenhum cuidador idoso, no entanto, este instrumento, conforme algoritmo, seria aplicado somente se pertinente.

Deste modo, tendo em conta estes factos, conclui-se que a adesão da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do cuidador idoso foi total, com uma percentagem de 100%.

Gráfico 7. Registos de enfermagem relativos aos diagnósticos e intervenções de enfermagem



Relativamente ao preenchimento da intervenção de enfermagem ao cuidador idoso pela equipa de enfermagem, a adesão foi de 0%.

Entre a fase intermédia e final de avaliação decorreu o período no qual foram maioritariamente implementados os instrumentos de avaliação de cuidador.

A equipa ao empenhar-se na avaliação do cuidador idoso, por limitação temporal, não lhe foi possível realizar diagnósticos ou implementar intervenções.

**Apêndice XIII - Análise dos registos de enfermagem
relativos à avaliação e intervenção ao cuidador idoso**

ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À AVALIAÇÃO DO CUIDADOR IDOSO

Decidiu-se nesta última fase auditar os processos individuais constantes do dossiê e, concomitantemente, os registos realizados pela equipa de enfermagem. Deste modo, procedeu-se à análise das informações e dados que os enfermeiros começaram a registar mediante a aplicação do instrumento para avaliação e intervenção ao cuidador idoso.

Na próxima sequência pretende-se apresentar os resultados obtidos no final e a sua respetiva análise.

Como sabido, a avaliação do cuidador idoso e, consequente aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foi realizada no domicílio do cuidador, desejando realizá-la todos os cuidadores, num total de 5.

Dada a natureza da problemática utilizaram-se instrumentos de colheita de dados que se baseiam na perspetiva e autoavaliação do cuidador relativamente à situação de cuidados.

Procedeu-se à transcrição total dos dados adquiridos na avaliação do cuidador idoso de modo a realizar a sua análise estatística e qualitativa. De referir que as variáveis que não foram assinaladas, consideraram-se nulas, pelo que não serão apresentadas.

Assim, numa primeira fase, utilizando tabelas de frequência, analisam-se os dados obtidos, por forma a caracterizar as variáveis dos domínios a avaliar: contexto do CI, recursos do CI, perceção do CI relativamente à saúde e capacidade funcional da pessoa cuidada (Índice de Barthel, Índice de Lawton), competência do CI para prestar cuidados, bem-estar do CI (Índice de Barthel, Escala de Lawton, Escala de depressão geriátrica de Yesavage -versão reduzida).

Depois, apresentam-se os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação subjetiva do cuidador: CADI, CASI e CAMI (Brito, 2000; Sequeira, 2007, 2010).

1.Contexto do cuidador idoso

Tabela 1. Caracterização do contexto do cuidador idoso.

| Variáveis | Frequência | Porcentagem |
|---|------------|-------------|
| 1.Dados pessoais | | |
| Idade | | |
| 65-74 | 1 | 20 |
| 75-84 | 2 | 40 |
| 85-94 | 2 | 40 |
| Sexo | | |
| Masculino | 3 | 60 |
| Feminino | 2 | 40 |
| Estado civil | | |
| Casado | 5 | 100 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 2 | 40 |
| Sabe ler e escrever | 1 | 20 |
| 1.º/2.º/3.º ciclo do ensino básico | 2 | 40 |
| Situação profissional/ocupação | | |
| Reformado | 5 | 100 |
| 2. Relação com o ID | | |
| Cônjuge | 5 | 100 |
| 3. Coabitação com o ID | | |
| Sim | 5 | 100 |
| 4. Duração de cuidados | | |
| 1 a 2 anos | 1 | 20 |
| ≥ 10 anos | 4 | 80 |
| 5. Horas diárias de cuidados | | |
| 3 a 5 horas | 1 | 20 |
| 6 a 8 horas | 1 | 20 |
| 18 a 24 horas | 3 | 60 |
| 6. Outras responsabilidades de cuidado | | |
| Não | 5 | 100 |

| | | |
|---|---|-----|
| 7. Escolha para cuidador | | |
| Vontade própria | 4 | 80 |
| Decisão familiar /obrigação | 1 | 20 |
| 7.1 Aceitação do papel | | |
| Sim | 5 | 100 |
| 8. Aceitação do cuidador por parte do ID | | |
| Sim | 5 | 100 |
| 9. Qualidade de relação com o ID | | |
| Muito boa | 2 | 40 |
| Boa | 1 | 20 |
| Razoável | 2 | 40 |
| 9.1. Qualidade de relação com a família | | |
| Muito boa | 1 | 20 |
| Boa | 2 | 40 |
| Razoável | 1 | 20 |
| Fraca | 1 | 20 |
| 10. Tipo de família | | |
| Nuclear | 3 | 60 |
| Reconstruída | 2 | 40 |
| 11. Ciclo vital da família | | |
| Família no fim de vida | 5 | 100 |
| 12. Ambiente físico do domicílio | | |
| 12.1 Higiene da habitação | | |
| Sim | 4 | 80 |
| Não | 1 | 20 |
| 12.2 Barreiras arquitetónicas | | |
| Sim | 2 | 40 |
| Não | 3 | 60 |
| 12.3 Abastecimento água | | |
| Rede pública | 5 | 100 |
| 12.4 Abastecimento de gás | | |
| Gás canalizado | 5 | 100 |

Os dados obtidos relativamente ao domínio contexto do cuidador idoso encontram-se expostos na tabela 1.

Observa-se que, no que respeita à distribuição segundo a idade, a faixa etária mais referida (moda) foi a de entre 75 a 84 anos e entre 85 a 94 anos, representando 80 % da totalidade.

São do sexo masculino 3 cuidadores (60%) e do sexo feminino 2 (40%).

Todos os cuidadores (100%) referem ser casados com o idoso com dependência, coabitando juntos. Quanto à escolaridade, 2 (40%) cuidadores idosos não detêm qualquer nível de escolaridade, contudo 1 (20%) cuidador refere que aprendeu a ler e escrever. Relativamente aos restantes, 2 (40%) referem ter frequentado o nível de ensino básico.

Como expectável, tendo em conta a sua faixa etária, todos estão reformados.

Quanto aos cuidados prestados, a maioria, 4 cuidadores (80%), menciona cuidar do seu cônjuge há mais de 10 anos, para o outro cuidador (20%), a situação de prestação de cuidados corresponde a um tempo de duração entre 1 a 2 anos.

Todos os CI prestam diariamente mais de 3 horas de cuidados. Para 3 cuidadores (60%), a carga horária de cuidados é elevada (18 a 24 h), dos restantes, 1 cuidador (20%) afirma despende 6 a 8 horas e o outro cuidador (20%) declara 3 a 5 horas. Todos (100%) alegam não deter outras responsabilidades de cuidado.

Analisando a forma como foi efetuada a escolha para exercer este papel, 4 CI (80%) afirmam que o assumiram por vontade própria enquanto 1 cuidador (20%) o assumiu por decisão/obrigação familiar. Apesar deste último facto, a totalidade (100%) atesta aceitar o desempenho deste papel. Tendo em conta a perspetiva da pessoa que é cuidada, também a totalidade dos cuidadores percebe que o cônjuge aceita ser cuidado por si.

Relativamente à qualidade da relação com a pessoa de que cuidam, nenhum afirma ser fraco ou muito fraco, pelo contrário, 2 cuidadores (40%) referem ser muito boa, 1 cuidador (20%) bom e 2 cuidadores (40%) razoável. No que concerne à relação que mantém com a restante família, 1 cuidador (20%) verbaliza ser muito boa, 2 cuidadores (40%) boa, 1 cuidador (20%) razoável e 1 cuidador (20%) revela considerá-la fraca.

Tendo em conta também a análise do genograma, 3 casais (60%) têm uma família de tipo nuclear e 2 casais (40%) uma família reconstruída. No que concerne ao ciclo vital da família posicionam-se todos (100%) na etapa família no fim de vida.

Ao nível do ambiente físico do seu domicílio, verificou-se que 4 das habitações (80%) apresentavam um estado de higiene adequado, por outro lado, considerou-se que 1 habitação (20%) detinha um estado não adequado. Duas habitações (40%) possuíam barreiras arquitetónicas e em todas (100%) a água é abastecida pela rede pública e o gás é canalizado.

2. Recursos do cuidador idoso

Tabela 2. Caracterização dos recursos do cuidador idoso

| Variáveis | Frequência | Porcentagem |
|---|------------|-------------|
| 1.Cuidador secundário | | |
| Sim | 2 | 40 |
| Não | 3 | 60 |
| 1.1 Se sim, quem? (total=2) | | |
| Filho | 2 | 100 |
| 2. Apoio informal de outras pessoas | | |
| Sim | 3 | 60 |
| Não | 2 | 40 |
| 2.1 Se sim, quem? (total=3) | | |
| Familiar | 2 | 66.6 |
| Amigo | 1 | 33.3 |
| Vizinho | 3 | 100 |
| 2.2 Em quê? (total=3) | | |
| Companhia social | 3 | 100 |
| Apoio emocional | 2 | 66.6 |
| 3. Apoio formal | | |
| Sim | 5 | 100% |
| 3.1 Em quê? | | |
| Apoio domiciliário (IPSS) | 1 | 20 |
| Cuidados de higiene | 1 | |
| Limpezas | 1 | |
| Tratamento de roupa | 1 | |
| Empregada doméstica | 2 | 40 |
| Cuidados de higiene | 1 | |
| Alimentação | 1 | |
| Limpezas | 2 | |
| Tratamento de roupa | 2 | |
| Assistente social | 1 | 20 |
| Equipa de saúde da U.S.F. | 5 | 100 |
| 4. Conhecimento dos apoios na comunidade | | |
| Sim | 2 | 40 |
| Não | 3 | 60 |

| | | |
|---|---|------|
| 4.1 Deseja informação acerca destes? (total=3) | | |
| Sim | 1 | 33.3 |
| Não | 2 | 66.6 |

| | | |
|--------------------------------|---|-----|
| 5. Recursos financeiros | | |
| Reforma | 5 | 100 |
| Complemento por dependência | 2 | 40 |

| | | |
|---|---|----|
| 7. Classificação do apoio social | | |
| Muito bom | 2 | 40 |
| Bom | 1 | 20 |
| Razoável | 2 | 40 |

8. Estratégias de coping (ver subcapítulo 6.2)

De acordo com os resultados verificados nas questões relativas à dimensão dos recursos do CI, apresentados na tabela 2, constata-se que 40% dos cuidadores (2) reportam a existência de um cuidador familiar secundário que é o seu filho em ambos os casos (100%). Para os demais 3 cuidadores (60%), a responsabilidade da prestação de cuidados não é partilhada com ninguém.

Perante a questão acerca da existência de apoio informal por parte de outras pessoas, 2 cuidadores (40%) alegam não o possuir, ao passo que, 3 (60%) afirmam deter apoio informal. No caso destes últimos 3 CI, 3 (100%) referem apoio informal por parte de vizinhos, 2 (66.6%) de familiares e 1 (33.3%) de amigos. Quando questionados acerca do tipo de apoio que estes lhes prestam, 3 (100%) fazem referência ao nível de companhia social e 2 (66.6%) ao nível do apoio emocional.

Relativamente à existência de apoio formal, todos os CI (100%) mencionam usufruir do apoio da equipa de saúde da USF. Para apoio no âmbito dos cuidados de higiene, alimentação, limpezas e tratamento de roupa, 2 cuidadores (40%) contrataram os serviços de uma empregada doméstica e 1 (20%) cuidador recebe apoio domiciliário de uma IPSS. Um cuidador assiná-la também o apoio da assistente social (20%).

Quanto ao conhecimento dos apoios dos quais podem usufruir na comunidade na qual estão inseridos, 3 cuidadores (60%) referem desconhecer-los. Quando oferecida disponibilidade para fornecer informação acerca destes, 2 (66.6%) cuidadores afirmam não estar interessados em tomar conhecimento, desejando apenas 1 (33.3%) cuidador ser informado.

No que concerne às fontes de apoio financeiro que possuem, todos usufruem da reforma e 2 (40%) têm direito ao complemento por dependência.

Tendo em conta todas as variáveis abordadas, quando indagados acerca da sua percepção acerca do apoio social que detém, 40% (2 CI) classificam-no como muito bom, 20% (1 cuidador) como bom e os restantes 40% (2 CI) como razoável.

3. Percepção do cuidador relativamente à saúde e capacidade funcional do idoso com dependência

Tabela 3. Caraterização da percepção do cuidador relativamente à saúde e capacidade funcional do idoso com dependência.

| Variáveis | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| 1. Antecedentes pessoais do ID | | |
| Cardiovascular | 5 | 100 |
| Endócrino | 1 | 20 |
| Osteoarticular | 2 | 40 |
| Neoplasia | 1 | 20 |
| 2. Alterações de cognição do ID | | |
| Não | 2 | 40 |
| Sim | 3 | 60 |
| 2.1 Problemas de comportamento (total=3) | | |
| Não | 2 | 66.6 |
| Sim | 1 | 33.3 |

No que respeita a esta dimensão, conforme tabela n.º 3, primeiramente é analisada qual a percepção do cuidador relativamente à saúde do idoso com dependência. Observa-se que como antecedentes pessoais do ID referem antecedentes a nível cardiovascular (100%), osteoarticular (40%), endócrino (20%) e neoplasia (20%).

No que concerne à existência de alterações de cognição por parte do ID, 2 CI (40%) referem não haver e 3 CI (60%) afirmam que denotam estas alterações presentes. Dos 3 CI que responderam afirmativamente, 1 cuidador (33.3%) refere que se depara com problemas de comportamento por parte da pessoa que cuida enquanto 2 cuidadores (66.6%) negam esta circunstância. Verifica-se que ao nível dos antecedentes pessoais do ID nenhum cuidador verbaliza diagnóstico médico relacionado com a componente neurológica, contudo, 3

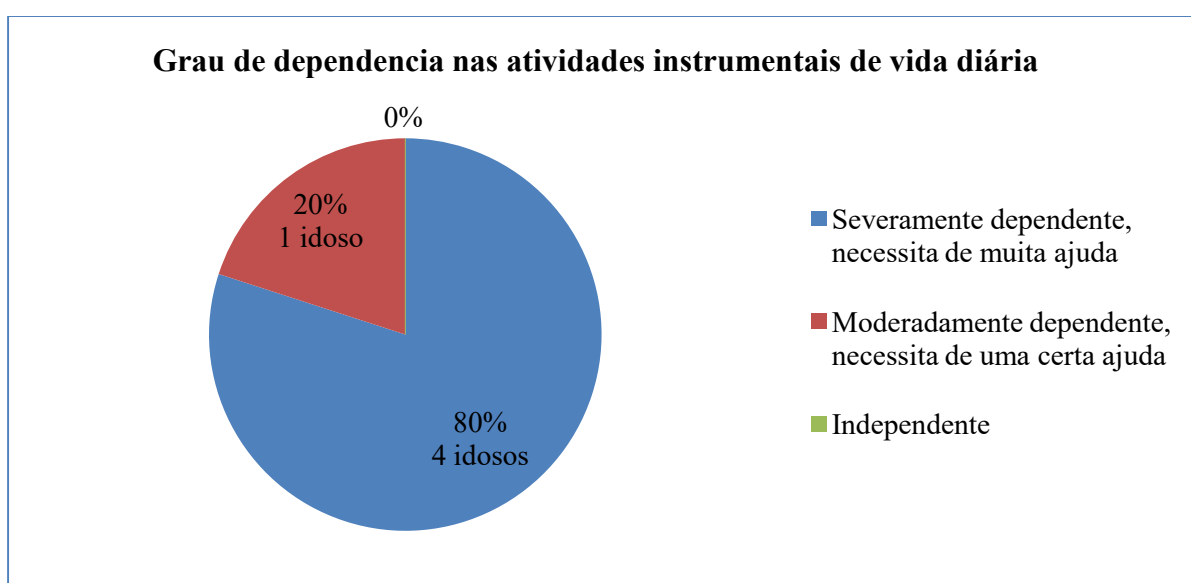
cuidadores detetam alterações de cognição do ID o que carecerá de uma avaliação mais profunda.

Atendendo à avaliação funcional do idoso com dependência, de seguida apreciar-se-á qual o grau de independência nas AIVD e nas ABVD. A sua avaliação foi efetivada com recurso ao Índice de Lawton e ao Índice de Barthel.

3. Avaliação da capacidade funcional do idoso com dependência

3.1. Atividades instrumentais de vida diária

Gráfico 1. Caracterização do grau de dependência dos idosos nas AIVD.



Como se pode observar no gráfico 1, relativamente às AIVD, as quais permitem viver de forma independente na comunidade, verifica-se que nenhum idoso é considerado independente nestas. De facto, a maioria dos idosos (80%) são considerados severamente dependentes, necessitando de muita ajuda e 1 idoso (20%) moderadamente dependente, necessitando de uma certa ajuda.

Tabela 4. Caraterização dos níveis de dependência dos idosos nas AIVD, de acordo com o Índice de Lawton

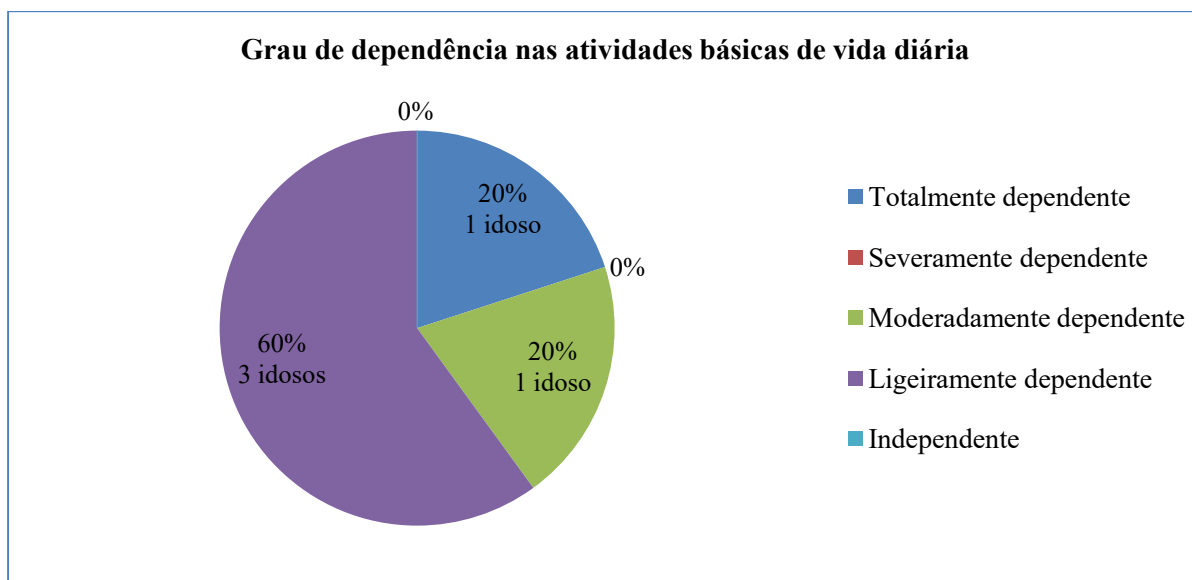
| Itens | Níveis de dependência | Frequência | Percentagem |
|----------------|--|------------|-------------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | | |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | | |
| | Só executa tarefas leves | 1 | 20 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | | |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | 4 | 80 |

| | | | |
|--|--|---|-----|
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | | |
| | Só lava pequenas peças | 2 | 40 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | 4 | 80 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | | |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | 1 | 20 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | | |
| | Incapaz de preparar as refeições | 4 | 80 |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | | |
| | Só faz pequenas compras | | |
| | Faz as compras acompanhado | | |
| | É incapaz de ir às compras | 5 | 100 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | 1 | 20 |
| | Só telefona para lugares familiares | 1 | 20 |
| | Necessita de ajuda para o usar | 1 | 20 |
| | Incapaz de usar o telefone | 2 | 40 |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | | |
| | Só anda de táxi | 1 | 20 |
| | Necessita de acompanhamento | 2 | 40 |
| | Incapaz de usar transportes | 2 | 40 |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | | |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | 2 | 40 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | 3 | 60 |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | | |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | 3 | 60 |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | 2 | 40 |

Observando a tabela 4, constata-se que os idosos que são cuidados apresentam elevados níveis de dependência em todas as atividades de vida diária. Apenas na atividade “Usar telefone”, um dos idosos (20%) se considera independente uma vez que o usa sem dificuldade.

3.2 Atividades básicas de vida diária

Gráfico 2. Caracterização do grau de dependência dos idosos nas ABVD.



Como se pode observar no gráfico 2, em termos da dependência nas ABVD constata-se que a maioria dos idosos (60%) apresentam-se ligeiramente dependentes nas ABVD. Os restantes apresentam uma dependência moderada (20%) a total (20%), não existindo nenhum que seja considerado independente segundo o Índice de Barthel.

Da mesma forma que o anterior, o Índice de Barthel é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas ABVD também de forma parcelar em cada atividade.

Tabela 5. Caracterização dos níveis de dependência dos idosos nas ABVD, de acordo com o Índice de Barthel

| Itens | Níveis de dependência | Frequência | Porcentagem |
|-------------|-----------------------|------------|-------------|
| ALIMENTAÇÃO | Dependente | 2 | 40 |
| | Necessita de ajuda | 1 | 20 |
| | Independente | 2 | 40 |
| VESTIR | Dependente | 1 | 20 |
| | Necessita de ajuda | 3 | 60 |
| | Independente | 1 | 20 |
| BANHO | Dependente | 5 | 100 |
| | Independente | | |

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-----|
| HIGIENE CORPORAL | Dependente | 3 | 60 |
| | Independente | 2 | 40 |
| | | | |
| USO DA CASA DE BANHO | Dependente | 1 | 20 |
| | Necessita de ajuda | 2 | 40 |
| | Independente | 2 | 40 |
| | | | |
| CONTROLO INTESTINAL | Incontinente fecal | 1 | 20 |
| | Incontinência involuntária ocasional | 2 | 40 |
| | Independente | 2 | 40 |
| | | | |
| CONTROLO VESICAL | Incontinente ou algaliado | 1 | 20 |
| | Incontinência urinária ocasional | 2 | 40 |
| | Independente | 2 | 40 |
| | | | |
| SUBIR ESCADAS | Dependente | 5 | 100 |
| | Necessita de ajuda | | |
| | Independente | | |
| | | | |
| TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Dependente | 1 | 20 |
| | Necessita de grande ajuda | | |
| | Necessita de ajuda mínima | 2 | 40 |
| | Independente | 2 | 40 |
| | | | |
| DEAMBULAÇÃO | Dependente | 1 | 20 |
| | Independente com cadeira de rodas | | |
| | Necessita de ajuda | 4 | 80 |
| | Independente | | |

Numa análise mais detalhada das diferentes atividades, de acordo com a tabela 5, verifica-se que os todos os idosos (100%) são totalmente dependentes no que se refere ao tomar banho e subir escadas. Seguidamente, a maioria apresenta algum nível de dependência relativamente à deambulação (100%), ao vestir a roupa (80%) e em todas as restantes atividades (60%).

Analisando pela perspetiva do grau de independência, 40% são independentes nas atividades alimentação, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal e vesical e na transferência da cadeira-cama.

4. Competência do cuidador idoso para prestar cuidados

Tabela 6. Caracterização da competência do cuidador idoso para prestar cuidados

| Variáveis | | Frequência | Porcentagem |
|--|---------------|------------|-------------|
| 1. Confiança e competência no cuidar | | | |
| Muito boa | | 1 | 20 |
| Boa | | 4 | 80 |
| 2. Conhecimento para prestar cuidados | | | |
| Sim | | 5 | 100 |
| 3. Avaliação do papel de CF | | | |
| | | Frequência | Porcentagem |
| Autocuidado Higiene | | | |
| Conhecimentos | Sim | 4 | 80 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 1 | 20 |
| Capacidade instrumental | Sim | 1 | 20 |
| | Não | 3 | 60 |
| | Não aplicável | 1 | 20 |
| Autocuidado Vestuário | | | |
| Conhecimentos | Sim | 4 | 80 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 1 | 20 |
| Capacidade instrumental | Sim | 3 | 60 |
| | Não | 1 | 20 |
| | Não aplicável | 1 | 20 |
| Autocuidado Comer | | | |
| Conhecimentos | Sim | 4 | 80 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 1 | 20 |
| Capacidade instrumental | Sim | 2 | 40 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 3 | 60 |
| Autocuidado Beber | | | |
| Conhecimentos | Sim | 2 | 40 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 3 | 60 |
| Capacidade instrumental | Sim | 2 | 40 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | 3 | 60 |

| | | | |
|--|---------------|---|-----|
| Autocuidado Ir ao sanitário | | | |
| Conhecimentos | Sim | 2 | 40 |
| | Não | | |
| | Não aplicável | 3 | 60 |
| Capacidade instrumental | Sim | 1 | 20 |
| | Não | 1 | 20 |
| | Não aplicável | 3 | 60 |
| Autocuidado comportamento sono-reposu | | | |
| Conhecimentos | Sim | 1 | 20 |
| | Não | | |
| | Não aplicável | 4 | 80 |
| Autocuidado atividade recreativa | | | |
| Conhecimentos | Sim | 5 | 100 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | - | - |
| Autocuidado atividade física | | | |
| Conhecimentos | Sim | 5 | 100 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | - | - |
| Capacidade instrumental | Sim | 3 | 60 |
| | Não | 2 | 40 |
| | Não aplicável | - | - |
| Gestão do regime terapêutico | | | |
| Conhecimentos | Sim | 5 | 100 |
| | Não | - | - |
| | Não aplicável | - | - |

De acordo com os resultados verificados nesta dimensão, apresentados na tabela 6, denota-se que os CI referem ter uma boa (80%) e muito boa 8 (20%) confiança e competência nos cuidados que prestam. Além disso, todos os cuidadores (100%) percebem possuir o conhecimento necessário para prestar cuidados.

Por forma a realizar uma avaliação do papel de cuidador familiar mais minuciosa analisa-se, ainda na mesma tabela, se estes detêm os conhecimentos e a capacidade/habilidade instrumental necessária para ajudar ou substituir o idoso com dependência no âmbito de diversos autocuidados. Não existindo esta necessidade em determinado autocuidado, considerou-se não aplicável.

Ao analisar esta tabela observa-se que no AC Higiene 4 CI (80%) detêm o conhecimento relacionado com este, no entanto, 3 (60%) não têm a capacidade instrumental para realizar os

cuidados de higiene. No AC vestuário, 4 CI (80%) apresentam conhecimentos, destes, 3 (60%) conseguem vestir e despir o idoso dependente, ao passo que 1 (20%) não.

Relativamente ao AC ir ao sanitário e atividade física, embora todos aos quais é aplicável, 2 (40%) e 5 (100%) CI respetivamente, detenham os conhecimentos para, no AC ir ao sanitário 1 cuidador (20%) e no AC atividade física 2 cuidadores (40%) não demonstram capacidade instrumental para a sua efetivação.

É no AC Comer e AC beber que todos os CI (100%), aos quais se aplica, detém conhecimento e capacidade instrumental para alimentar e hidratar o idoso dependente.

Nos AC que restam não se aplica a capacidade instrumental, apenas os conhecimentos acerca do comportamento sono-repouso, atividade recreativa e regime terapêutico, nos quais todos mencionam deter conhecimentos.

5. Bem-estar do cuidador idoso

Tabela 7. Caraterização do bem-estar do cuidador idoso

| Variáveis | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------------------------------|
| 1. Auto perceção do estado de saúde | | |
| Razoável | 2 | 40 |
| Má | 3 | 60 |
| 2. Estado de saúde comparativamente há 6 meses | | |
| Igual | 3 | 60 |
| Pior | 2 | 40 |
| 3. Problemas de saúde/sintomatologia | | |
| Cardiovascular | 5 | 100 (HTA, AVC, EAM) |
| Endócrino | - | - |
| Respiratório | - | - |
| Osteoarticular | 4 | 80 (dor osteoarticular) |
| Traumatismo/Acidente | - | - |
| Psiquiátrico | - | - |
| Neoplasia | 1 | 20 (neoplasia da mama) |
| Outro | 2 | 40 (alterações no sono, cansaço) |

| | | |
|--|---|--|
| 3.1. Alterações a nível emocional | | |
| Não | 3 | 60 |
| Sim | 2 | 40 (nervosismo, irritabilidade, desânimo) |

| | | |
|---|---|----|
| 4. Avaliação de depressão geriátrica | | |
| Sem depressão | 2 | 40 |
| Depressão ligeira | 3 | 60 |
| Depressão grave | 0 | 0 |

Considerando os dados apresentados na tabela 7, observa-se que a maioria (60%) dos CI perceciona o seu estado de saúde como mau e os restantes (40%) como razoável, não existindo nenhum que o considere como bom ou muito bom.

Quando questionados sobre se sentiam que o seu estado de saúde tinha sido afetado ou não devido a situação de cuidados comparativamente de há seis meses atrás, 3 cuidadores (60%) referem achar igual, enquanto que 2 cuidadores (40%) afirmam considerar que piorou.

Múltiplos são os antecedentes pessoais e sintomas que caracterizam o estado de saúde dos CI. Assinalam que a principal problemática de saúde se encontra no domínio da doença cardiovascular (100%), com referências a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio. 4 cuidadores (80%) mencionam doença osteoarticular (dor osteoarticular), 1 cuidador (20%) neoplasias (neoplasia da mama) e 2 cuidadores (40%) referem outras sintomatologias como alterações no sono, cansaço.

Perante a questão sobre se sentiam alterações a nível emocional, 3 cuidadores (60%) verbalizam que não mas existem dois cuidadores (40%) que admitem que sim, nomeando nervosismo, irritabilidade e desânimo.

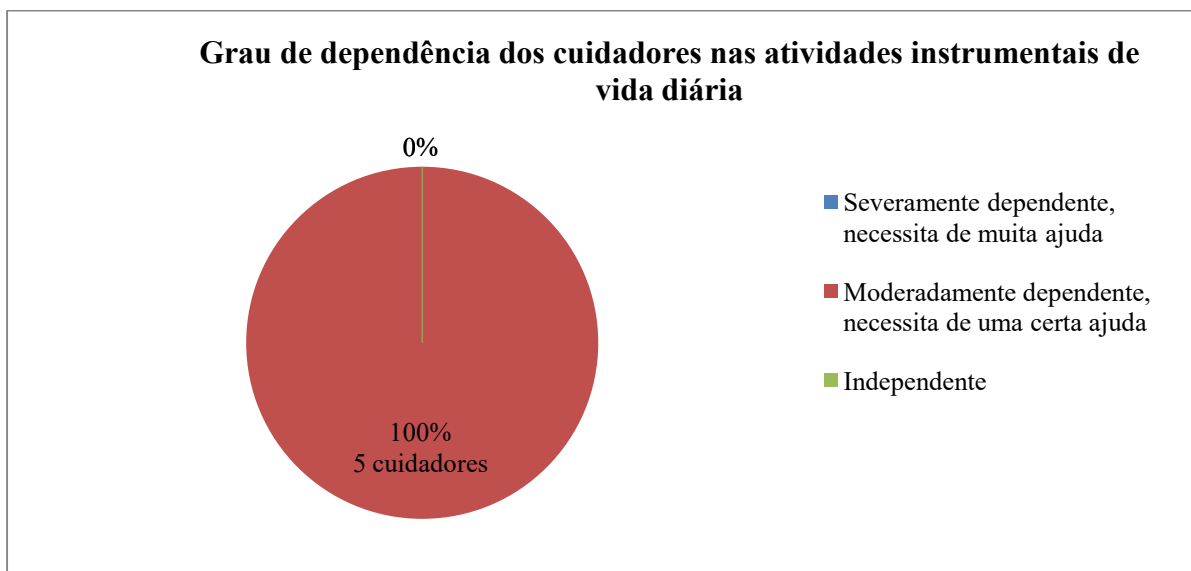
Como preconizado, como forma de despiste e prevenção, procedeu-se à avaliação da depressão geriátrica nos cuidadores. Segundo a escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta – GDS15), 2 cuidadores (40%) não se encontram com depressão, contudo, em 3 cuidadores (60%) é detetada uma depressão ligeira.

Tendo como intuito a avaliação e intervenção de enfermagem no cuidador que é também idoso, há que avaliar igualmente o seu grau de dependência nas AIVD e ABVD de modo a planear individualmente quais as intervenções a serem sugeridas.

6. Avaliação da capacidade funcional do cuidador idoso

6.1. Atividades instrumentais de vida diária

Gráfico 3. Caracterização do grau de dependência dos cuidadores idosos nas AIVD.



No que diz respeito as AIVD, conforme consta no gráfico 3, todos os cuidadores idosos apresentam dependência moderada nestas atividades, necessitando de uma certa ajuda.

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas AIVD de modo global mas também parcelar, pelo que se apresenta de seguida uma análise mais detalhada das diferentes atividades que o integram. Tendo em conta que a nossa amostra é composta por 3 cuidadores do sexo masculino (60%), dever-se-á ter presente que em idosos do sexo masculino, essencialmente em atividades como cuidar da casa, lavar a roupa, preparar as refeições, a incapacidade do idoso pode estar relacionada com a inexistência de uma prática relacionada a fatores pessoais ou culturais e não à incapacidade (Sequeira, 2010).

Tabela 8. Caraterização dos níveis de dependência dos cuidadores idosos nas AIVD, de acordo com o Índice de Lawton

| Itens | Níveis de dependência | Frequência | Percentagem |
|----------------|--|------------|-------------|
| CUIDAR DA CASA | Cuida da casa sem ajuda | 3 | 60 |
| | Faz tudo, exceto o trabalho pesado | - | - |
| | Só executa tarefas leves | 1 | 20 |
| | Necessita de ajuda para todas as tarefas | 1 | 20 |
| | Incapaz de fazer alguma tarefa | - | - |

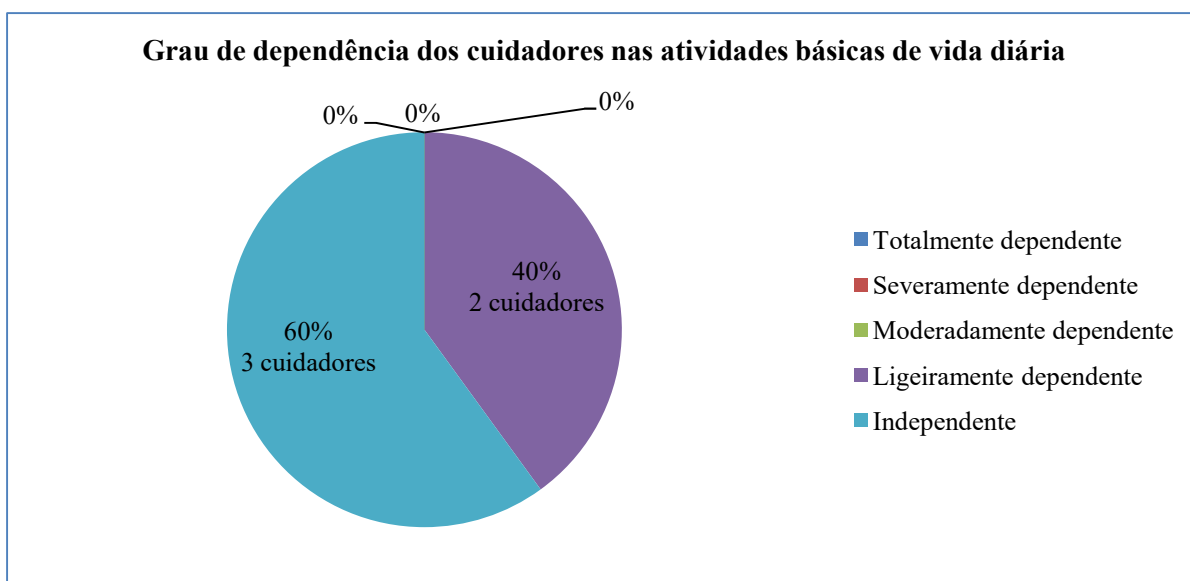
| | | | |
|--|--|---|-----|
| LAVAR A ROUPA | Lava a sua roupa | 3 | 60 |
| | Só lava pequenas peças | 1 | 20 |
| | É incapaz de lavar a sua roupa | 1 | 20 |
| PREPARAR AS REFEIÇÕES | Planeia, prepara e serve sem ajuda | 2 | 40 |
| | Prepara os ingredientes, se lhos derem | 2 | 40 |
| | Prepara pratos pré-cozinhados | 1 | 20 |
| | Incapaz de preparar as refeições | - | - |
| FAZER COMPRAS | Faz as compras sem ajuda | 2 | 40 |
| | Só faz pequenas compras | 1 | 20 |
| | Faz as compras acompanhado | - | - |
| | É incapaz de ir às compras | 2 | 40 |
| USAR TELEFONE | Usa-o sem dificuldade | 5 | 100 |
| | Só telefona para lugares familiares | - | - |
| | Necessita de ajuda para o usar | - | - |
| | Incapaz de usar o telefone | - | - |
| USAR TRANSPORTE | Viaja em transporte público ou conduz | 3 | 60 |
| | Só anda de táxi | - | - |
| | Necessita de acompanhamento | 2 | 40 |
| | Incapaz de usar transportes | - | - |
| USAR DINHEIRO | Paga as contas, vai ao banco, etc. | 4 | 80 |
| | Só em pequenas quantidades de dinheiro | 1 | 20 |
| | Incapaz de utilizar o dinheiro | - | - |
| RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS | Responsável pela sua medicação | 5 | 100 |
| | Necessita que lhe preparem a medicação | - | - |
| | Incapaz de se responsabilizar pela medicação | - | - |

A leitura desta tabela permite-nos aferir que todos os cuidadores (100%) são independentes nas atividades “Usar o telefone” e “Responsabilizar-se pelos seus medicamentos”. A maioria também é independente nas atividades “Usar dinheiro” (80%), “Cuidar da casa” (60%),

“Lavar a roupa” (60%) e “usar transporte” (60%). Nas atividades restantes, a maioria apresenta, pelo contrário, algum nível de dependência, nomeadamente na preparação de refeições (60%) e fazer as compras (60%).

6.2 Atividades básicas de vida diária

Gráfico 4. Caracterização do grau de dependência dos cuidadores nas ABVD.



Em referência a dependência nas ABVD, como se pode observar no gráfico 4, apercebe-se que a maioria dos CI (60%) é independente nas ABVD. Os demais CI (40%) apresentam uma dependência ligeira nestas.

Tabela 9. Caraterização dos níveis de dependência dos cuidadores idosos nas ABVD, de acordo com o Índice de Barthel

| Itens | Níveis de dependência | Frequência | Percentagem |
|-------------|-----------------------|------------|-------------|
| ALIMENTAÇÃO | Dependente | - | - |
| | Necessita de ajuda | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |
| VESTIR | Dependente | - | - |
| | Necessita de ajuda | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-----|
| BANHO | Dependente | 1 | 20 |
| | Independente | 4 | 80 |
| HIGIENE CORPORAL | Dependente | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |
| USO DA CASA DE BANHO | Dependente | - | - |
| | Necessita de ajuda | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |
| CONTROLO INTESTINAL | Incontinente fecal | - | - |
| | Incontinência involuntária ocasional | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |
| CONTROLO VESICAL | Incontinente ou algaliado | - | - |
| | Incontinência urinária ocasional | 2 | 40 |
| | Independente | 3 | 60 |
| SUBIR ESCADAS | Dependente | - | - |
| | Necessita de ajuda | 3 | 60 |
| | Independente | 2 | 40 |
| TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA | Dependente | - | - |
| | Necessita de grande ajuda | - | - |
| | Necessita de ajuda mínima | - | - |
| | Independente | 5 | 100 |
| DEAMBULAÇÃO | Dependente | - | - |
| | Independente com cadeira de rodas | - | - |
| | Necessita de ajuda | 2 | 40 |
| | Independente | 3 | 60 |

Numa análise parcelar das diferentes atividades, de acordo com a tabela 9, verifica-se que os todos os CI (100%) são independentes na alimentação, vestir higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, transferência cadeira-cama. A maioria dos CI é também

independente nos itens banho (80%), controlo vesical (60%) e deambulação (60%), ao contrário do conseguir subir escadas, em que apenas 40% o consegue de forma independente.

Analisando por outra perspetiva e uma vez que abordamos idosos que cuidam de outro idoso com dependência, apura-se que 1 CI (20%) é dependente na atividade tomar banho, 2 CI (40%) apresentam incontinência urinária ocasional e necessitam de ajuda para deambular, ao passo que 3 CI (60%) necessitam de ajuda para subir escadas.

6. Instrumentos de avaliação do cuidador familiar

Apresentam-se de seguida, os dados obtidos através da aplicação de CADI, CASI, CAMI e ESC, a partir das quais se pretende conhecer vários aspetos relacionados com a situação de cuidados, nomeadamente em termos de dificuldades percecionadas, de estratégias de *coping* a utilizar, de satisfação e de sobrecarga em contexto de prestação de cuidados no domicílio.

Estes instrumentos possibilitam a avaliação dos aspetos individuais, aos quais um cuidador pode ser mais sensível e que podem ser potenciados na prática clínica (Sequeira, 2010).

Embora o estudo de Sequeira (2007) tenha permitido encontrar outras categorias de CADI, CASI e CAMI diferentes da população do Reino Unido, atribuindo-as à especificidade dos cuidadores em Portugal, Sequeira (2007, 2010), refere a necessidade de desenvolvimento de novos estudos, de modo a possibilitar a avaliação da sua consistência. Assim, os resultados encontram-se expostos em tabelas com os diversos itens agrupados por categorias propostas pelos seus autores originais e traduzidos e adaptados para a população portuguesa (Nolan & Grant, 1989, Nolan et al, 1996, 1998, Barreto & Brito, 2002 citado por Sequeira, 2010).

A nível informativo e de análise, os itens que contêm um asterisco (*) defronte, correspondem aos itens não selecionados pela maioria dos cuidadores em Portugal no estudo referido.

As respostas dos CI serão apresentadas nas diversas tabelas em termos de frequência e percentagem de cada item.

6.1.As dificuldades percecionadas pelos cuidadores idosos (CADI)

Com o intuito de compreender quais os itens nos quais os cuidadores experimentam maiores dificuldades, apresentam-se de seguida, em frequência e percentagem, os dados ao nível dos itens do CADI e agrupados de acordo com os respetivos fatores.

Tabela 10. Fator do CADI: Problemas relacionais com o idoso

| Fator do CADI: Problemas relacionais com o idoso | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | 3 (60%) | 1 (20%) | 1 (20%) | - |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |

Na tabela 10 pode observar-se, no que concerne aos problemas relacionais com o idoso, a existência de dificuldades sentidas como causando alguma perturbação, as 11, 14, 22, 25: “por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim” (20%), “a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia” (20%), “a pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço” (20%), “comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas” (20%).

É de referir que as questões 5, 12 e 26 não foram assinaladas como perturbadoras para nenhum dos cuidadores idosos.

Tabela 11. Fator do CADI: Restrições na vida social

| Fator do CADI: Restrições na vida social | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | - | 3 (60%) | 2 (40%) | - |

| | | | | | |
|----|--|------------|------------|------------|---|
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | 1 (20%) | 2 (40%) | 2 (40%) | - |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | 1 (20%) | 3 (60%) | 1 (20%) | - |

Analisando os resultados da tabela 11, verifica-se que ao nível das restrições na vida social todas as dificuldades são sentidas como causando alguma perturbação, nomeadamente as 8, 18 e 20: “afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto” (40%), “não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria” (40%), “não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” (20%).

Tabela 12. Fator do CADI: Exigências de ordem física da prestação de cuidados

| Fator do CADI: Exigências de ordem física da prestação de cuidados | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | 2 (40%) | 2 (40%) | 1 (20%) | - |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | 2 (40%) | - | 2 (40%) | 1 (20%) |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | - | 4 (80%) | 1 (20%) | - |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | 2 (40%) | 1 (20%) | 2 (40%) | - |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | - | 2 (40%) | 3 (60%) | - |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | 3 (60%) | 2 (40%) | - | - |

Relativamente ao modo como as exigências de ordem física da prestação de cuidados são sentidas como fontes de dificuldades por parte dos cuidadores, pode-se constatar na tabela 12 que 60% consideram as dificuldades 10 e 23 como as que mais perturbações provocam: “deixa-me muito cansado(a) fisicamente” causa alguma perturbação a 40% e perturba muito 20% dos cuidadores, quanto à dificuldade “a minha saúde ficou abalada” foi considerada como causadora de alguma perturbação por 60% dos cuidadores.

Como fatores que também causa alguma perturbação foram selecionados os 6, 13 e 15: “a pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar” (20%), “a pessoa de quem

cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” (20%) e “ando a dormir pior por causa desta situação” (40%).

Tabela 13. Fator do CADI: Reações à prestação de cuidados

| Fator do CADI: Reações à prestação de cuidados | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio | 3 (60%) | 1 (20%) | 1 (20%) | - |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação | 3 (60%) | 1 (20%) | 1 (20%) | - |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | 5 (100%) | - | - | - |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado | 2 (40%) | - | 3 (60%) | - |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | 2 (40%) | 1 (20%) | 2 (40%) | - |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado | 5 (100%) | - | - | - |

Na tabela 13, em relação às reações à prestação de cuidados, observa-se que a dificuldade da questão 17, “esta situação faz-me sentir irritado”, é considerada como causadora de alguma perturbação por parte de 60% dos cuidadores.

Verifica-se que causa alguma perturbação a 20% dos cuidadores os itens 1,2 e 19: “não tenho tempo suficiente para mim próprio”, “por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação”, “esta situação está a transtornar-me os nervos”. Quanto à dificuldade no item 29, “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”, é considerada por 40% dos cuidadores como algo perturbador.

De assinalar que a totalidade dos cuidadores (100%) referiu que não acontece no seu caso o item 9 e 30: “chega a transtornar as minhas relações familiares” e “esta situação faz-me sentir culpado”.

Tabela 14. Fator do CADI: Falta de apoio familiar

| Fator do CADI: Falta de apoio familiar | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |

Pela análise dos resultados da tabela 14, relativos ao insuficiente apoio familiar, a maioria dos cuidadores (80%) referem as dificuldades 16 e 28 não acontecem no seu caso, enquanto que a 20% acontecem mas não os perturba.

Tabela 15. Fator do CADI: Falta de apoio profissional

| Fator do CADI: Falta de apoio profissional | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |

Relativamente ao insuficiente apoio profissional, conforme exposto na tabela 15, denota-se que a maioria dos cuidadores considera que estas dificuldades não acontecem (80%) ou não os perturbam (20%). Contudo, há referência à questão 27 como causadora de alguma perturbação para 1 cuidador (20%).

Tabela 16. Fator do CADI: Problemas financeiros

| Fator do CADI: Problemas financeiros | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prestar cuidados é difícil porque | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que | Acontece no meu caso e sinto que |
| | | | Não me perturba | Causa alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | 4 (80%) | 1 (20%) | - | - |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | - | 3 (60%) | 2 (40%) | - |

No que concerne ao fator problemas financeiros, o facto de considerarem que “a qualidade da minha vida piorou”, causa alguma perturbação a 40% dos cuidadores. A dificuldade “traz-me problemas de dinheiro” acontece a apenas 20% dos cuidadores contudo não lhe causa perturbação.

Dos 30 itens de dificuldades definidas, apenas 3 (10%) acontecem no seu caso e são percecionadas como causadoras de alguma ou muita perturbação por 60% ou mais dos CI's.

Desta análise emerge que os cuidadores não apresentam um nível elevado de dificuldades pelo que, seguindo o algoritmo de decisão, a equipa de enfermagem não recorreu à ESC.

6.2.Estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores

Seguidamente, de acordo com as três categorias propostas pelos autores, serão analisadas as estratégias que os CI utilizam ou não e se, quando utilizadas, são eficazes.

Tabela 17. Categoria do CAMI: Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas

| Categoria do CAMI: Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas | | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que |
| | | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 1 | Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo | 1 (20%) | - | 4 (80%) | - |
| 3 | Falar dos meus problemas com alguém em quem confio | 3 (60%) | - | 1 (20%) | 1 (20%) |
| 5 | Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer | - | - | 3 (60%) | 2 (40%) |
| 10 | Procurar obter toda a informação possível acerca do problema | 3 (60%) | 1 (20%) | 1 (20%) | - |

| | | | | | |
|----|--|------------|------------|------------|------------|
| 13 | Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 14 | Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 15 | Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 17 | Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais | - | 1 (20%) | 2 (40%) | 2 (40%) |
| 18 | Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução | - | 1 (20%) | 4 (80%) | - |
| 23 | Tomar medidas para evitar que os problemas surjam | 2 (40%) | - | 3 (60%) | - |
| 29 | Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido | - | 2 (40%) | 3 (60%) | - |
| 30 | Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte | 2 (40%) | - | 3 (60%) | - |
| 31 | Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 33 | Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela* | 2 (40%) | 3 (60%) | - | - |

Analisando as 14 estratégias da tabela 17, averigua-se que, pelo menos 60% dos cuidadores consideram como úteis para lidar com os acontecimentos e para a resolução dos problemas metade destas estratégias (1, 5, 17, 18, 23, 29 e 30): “estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo” (80%), “planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer” (100%), “obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais” (80%), “pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução” (80%), “tomar medidas para evitar que os problemas surjam” (60%), “confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido” (60%) e “experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte” (60%).

Por outro lado há estratégias que para mais de 60% dos cuidadores não dão resultado ou nem sequer procedem dessa forma, nomeada mente as questões 3, 10, 13, 14, 15, 31 e 33.

Tabela 18. Categoria do CAMI: Percepções alternativas sobre a situação

| Categoria do CAMI: Percepções alternativas sobre a situação | | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que |
| | | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 6 | Ver o lado cómico da situação* | 5 (100%) | - | - | - |
| 7 | Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu | 1 (20%) | 4 (80%) | - | - |
| 8 | Cerrar os dentes e continuar* | 5 (100%) | - | - | - |
| 9 | Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido | 1 (20%) | - | 4 (80%) | - |
| 11 | Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está | 1 (20%) | 1 (20%) | 3 (60%) | - |
| 12 | Viver um dia de cada vez | - | - | 4 (80%) | 1 (20%) |
| 16 | Pensar que a situação está agora melhor do que antes* | 5 (100%) | - | - | - |
| 20 | Aceitar a situação tal como ela é | - | 3 (60%) | - | 2 (40%) |
| 22 | Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe* | 5 (100%) | - | - | - |
| 24 | Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas | 1 (20%) | - | 1 (20%) | 3 (60%) |
| 25 | Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação | - | 2 (40%) | 1 (20%) | 2 (40%) |
| 26 | Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento* | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 27 | Manter dominados os meus sentimentos e emoções | 2 (40%) | 3 (60%) | - | - |
| 32 | Procurar ver o que há de positivo em cada situação | 2 (40%) | 2 (40%) | 1 (20%) | - |
| 34 | Pensar que ninguém tem culpa da situação | - | 2 (40%) | 3 (60%) | - |

Na tabela 18, constata-se que mais de 60% dos cuidadores utilizam e consideram ter um nível elevado da percepção de eficácia (dá algum ou até bastante bom resultado) de 6 das 15 estratégias relacionadas com uma percepção alternativa sobre as dificuldades vivenciadas, que são as 9, 11, 12, 24, 25 e 34: “recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido” (80%), “pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está” (60%), “viver um dia de cada vez” (100%), “agarrar-me a fortes crenças pessoais ou

religiosas” (80%), “acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação” (60%) e “pensar que ninguém tem culpa da situação” (60%).

É de salientar que as estratégias 6, 8, 16 e 22 não foram seleccionadas por nenhum cuidador, tal como ocorreu no estudo de Sequeira (2007).

Tabela 19. Categoria do CAMI: Lidar com sintomas de *stress*

| Categoria do CAMI: Lidar com sintomas de stress | | | | | |
|---|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Uma das formas que utilizo para enfrentar as dificuldades é | | Não procedo desta forma | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que | Faço assim e acho que |
| | | | Não dá resultado | Dá algum resultado | Dá bastante bom resultado |
| 2 | Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante | - | - | - | - |
| 4 | Reservar algum tempo livre para mim próprio | 2 (40%) | - | 3 (60%) | - |
| 19 | Chorar um bocado* | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 21 | Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante | 2 (40%) | - | 3 (60%) | - |
| 28 | Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género* | 5 (100%) | - | - | - |
| 35 | Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico* | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 36 | Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes* | 5 (100%) | - | - | - |
| 37 | Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras* | 5 (100%) | - | - | - |
| 38 | Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa | 1 (20%) | - | 3 (60%) | 1 (20%) |

Após apreciação da tabela 19, é demonstrado que as estratégias centradas na gestão dos sintomas de *stress* são menos utilizadas e têm menor resultado positivo relativamente às categorias anteriores. Este facto “poderá significar alguma escassez de recursos neste domínio ou alguma negligência relativamente a estas manifestações, pela necessidade de focalizar atenção na pessoa alvo de cuidados” (Sequeira, 2010, p. 277).

Não obstante, as estratégias mais adotadas e que mais são eficazes, sendo realizadas por 60% dos CI são as 4, 21 e 38: “reservar algum tempo livre para mim próprio” (60%),

“arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante” (60%) e “dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa” (80%).

É de referir que as estratégias 28, 36 e 37 não são utilizadas por 100% dos cuidadores.

Das 38 estratégias de *coping* existentes, 22 (57,8%) são utilizadas por 60% ou mais dos CI. Constata-se que as estratégias mais utilizadas estão relacionadas com o “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”.

De um modo global, utilizam com eficácia as estratégias de *coping*, o que poderá estar relacionado com um menor índice de dificuldades.

6.2 Principais fontes de satisfação dos cuidadores

De seguida analisam-se as repercussões positivas, ou seja, as principais fontes de satisfação que o cuidador obtém da relação de prestação de cuidados de acordo com as 3 categorias propostas pelos autores.

Tabela 20. Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados

| Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados | | | | | |
|--|--|--------------------------|---|--|---|
| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me nenhuma satisfação | Acontece no meu caso e dá-me alguma satisfação | Acontece no meu caso e dá-me muita satisfação |
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 2 | A pessoa de quem cuido aprecia o que faço | 1 (20%) | - | 3 (60%) | 1 (20%) |
| 8 | Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa | 1 (20%) | 1 (20%) | 3 (60%) | - |
| 17 | É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| Pessoa dependente como principal beneficiário | | | | | |
| 12 | Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem | - | - | 3 (60%) | 2 (40%) |
| 14 | É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido | - | - | 5 (100%) | - |
| 24 | É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido | - | - | 4 (80%) | 1 (20%) |

| Benefício mútuo | | | | | |
|-----------------|--|-------------|---|------------|------------|
| 3 | O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido | 4 (80%) | - | 1 (20%) | - |
| 18 | Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade | 5 (100%) | - | - | - |
| 29 | Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato | 1 (20%) | - | 2 (40%) | 2 (40%) |

De acordo com a tabela 20, de um modo geral, tendo por base a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados, quase todos os itens são referidos por pelo menos 60% dos cuidadores como fontes de satisfação (2, 8, 12, 14, 24, 29): “a pessoa de quem cuido aprecia o que faço” (80%), “apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa” (60%), “dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem” (100%), “é agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido” (100%), “é importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido” (100%), “prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato” (80%).

Pelo contrário, não são consideradas como fonte de satisfação por pelo menos 80% dos CI os itens 17, 3, e 18: “é bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero” (80%), “o facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido” (80%) e “prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade” (100%).

Analisando a tabela de acordo com as subcategorias, observa-se que as principais fontes de satisfação encontram-se na subcategoria que tem como alvo a pessoa com dependência uma vez que, para 100% dos cuidadores, constitui fonte de alguma ou muita satisfação.

A subcategoria na qual as fontes de satisfação têm como principal beneficiário o cuidador e a pessoa com dependência apresenta menor relevância para os cuidadores, apenas o item “prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato” é referido pela maioria (80%).

Tabela 21. Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica

| Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica | | | | | |
|--|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me |
| | | | nenhuma satisfação | alguma satisfação | muita satisfação |
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 7 | Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz | - | 1 (20%) | 4 (80%) | - |
| 10 | Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever | - | - | 1 (20%) | 4 (80%) |
| 16 | Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 19 | Ajuda a evitar que me sinta culpado* | 5 (100%) | - | - | - |
| 25 | Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades | 1 (20%) | 1 (20%) | 3 (60%) | - |
| 27 | Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes* | 5 (100%) | - | - | - |
| 30 | Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado | - | - | 5 (100%) | - |
| Pessoa dependente como principal beneficiário | | | | | |
| 9 | É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | - | - | 2 (40%) | 3 (60%) |
| 22 | Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas | - | - | 4 (80%) | 1 (20%) |
| Benefício mútuo | | | | | |
| 6 | Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido | 1 (20%) | - | 2 (40%) | 2 (40%) |
| 11 | Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros | - | - | 5 (100%) | - |
| 21 | Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim | 1 (20%) | - | 3 (60%) | 1 (20%) |
| 26 | Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé | 2 (40%) | - | 2 (40%) | 1 (20%) |
| 28 | No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível | - | - | 2 (40%) | 3 (60%) |

Estas fontes podem ter como alvo o cuidador, a pessoa com dependência ou ambos, sendo agrupadas em 3 subcategorias.

De um modo geral, tendo por base a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados, quase todos os itens são referidos por pelo menos 60% dos cuidadores como fontes de satisfação (7, 10, 25, 30, 9, 22, 6, 11, 21, 26, 28).

Analisando a tabela 21 de acordo com as subcategorias, observa-se que as principais fontes de satisfação estão mais presentes em duas destas. Tal como anteriormente, o item que tem como alvo a pessoa com dependência, para 100% dos CI, constitui fonte de alguma ou muita satisfação e, na subcategoria na qual as fontes de satisfação têm como principal beneficiário o cuidador e a pessoa com dependência, todas as opções são escolhidas como fonte de satisfação por mais de 60% dos CI.

Existem dois itens, o 19 e 27, que não constituem fontes de satisfação para nenhum dos cuidadores, uma vez que não acontece no seu caso: “ajuda a evitar que me sinta culpado” (100%) e “prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes” (100%).

Tabela 22. Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica de resultados

| Categoria do CASI: Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica de resultados (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis) | | | | | |
|---|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Prestar cuidados pode dar satisfação porque: | | Não acontece no meu caso | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me | Acontece no meu caso e dá-me |
| | | | nenhuma satisfação | alguma satisfação | muita satisfação |
| Prestador de cuidados como principal beneficiário | | | | | |
| 1 | Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 23 | Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos* | 5 (100%) | - | - | - |
| Pessoa dependente como principal beneficiaria | | | | | |
| 4 | É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido | 3 (60%) | - | 1 (20%) | 1 (20%) |
| 5 | Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades | 3 (60%) | - | 2 (40%) | - |
| 13 | É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas | 1 (20%) | - | 4 (80%) | - |
| 15 | Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém | - | - | 4 (80%) | 1 (20%) |
| 20 | Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar | - | - | 2 (40%) | 3 (60%) |

Esta categoria permite aferir as fontes de satisfação que se relacionam com o desejo de obter os melhores resultados possíveis tendo como alvo o prestador de cuidados e a pessoa com dependência.

Observa-se na tabela 22, de um modo geral, que as principais fontes de satisfação provêm das fontes relacionadas com a pessoa com dependência como principal beneficiária. Nesta subcategoria os itens que mais proporcionam alguma ou muita satisfação são os 13, 15, 20: “é bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas” (80%), “sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar” (80%) e por unanimidade “por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém” (100%).

Por outro, lado as fontes relacionadas com o benefício para o próprio prestador de cuidados não são seleccionadas por estes. Relativamente ao item 1 “prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades”, 60% dos cuidadores afirmam não acontecer no seu caso, ascendendo para os 100% na fonte potenciadora de satisfação: “prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos”.

Das 30 fontes de satisfação existentes, 20 (66,6%) são utilizadas por 60% ou mais dos CI. Analisando as fontes de alguma ou muita satisfação nas diversas categorias, observa-se que as principais fontes de satisfação encontram-se nas subcategorias que têm como principal beneficiário a pessoa com dependência.

De um modo global, a perceção da existência de múltiplas fontes de satisfação no cuidar, poderá estar relacionado com o facto de utilizarem com eficácia diversas estratégias de *coping* e apresentarem um pequeno número de dificuldades.

Assim, o conhecimento das principais fontes de satisfação e da sua interligação com o CAMI reveste-se de elevado interesse para os profissionais de saúde. A promoção da satisfação com o cuidar constitui uma via de eleição para a promoção do bem-estar e para a manutenção do idoso no domicílio (Sequeira, 2010).

Referências bibliográficas:

- Brito, M. L. S. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda